الصحة النفسية

مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية

الأستاذ الدكتور
محمود كاظم محمود التميمي



www.darsafa.net


KHATAB



﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

صدق الله العظيم

الصحة النفسية

مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية



مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية

الأستاذ الدكتور

محمود كاظم محمود التميمي

الطبعة الأولى

2013 م – 1434 هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع – عمان

المملكة الأردنية الهاشمية

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2012/5/1531)

155.4

التميمي، محمود كاظم

الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية/ محمود كاظم التميمي. ـ عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2012.

( ) ص

ر.أ: 2012/5/1531

الواصفات: / الصحة النفسية// علم النفس

❖ يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومة أخرى

الطبعة الأولى

2013م – 1434هـ

دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان ـ شارع الملك حسين ـ مجمع الفحيص التجاري ـ تلفاكس **4612190 6 962+**

هاتف: **4611169 6 962+** ص. ب **922762** عمان ـ **11192** الاردن

DAR SAFA Publishing – Distributing

Telefax: +962 6 4612190- Tel: + 962 6 4611169

P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan

http://www.darsafa.net

E-mail:safa@darsafa.net

ISBN 978-9957-24-835-2 ردمك



﴿ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴾

الشعراء: **80**



الإهـــــــداء

إلى روح والدي ...رحمهما الله

عرفاناً ووفاءً

إلى روح أخي أكرم ... رحمه الله

تقديراً واعتزازاً

إلى زوجتي الست عائد عبد المنعم

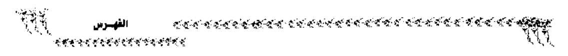
حباً وامتناناً

إلى ولدي أحمد

وبناتي أشرقت وآيات

إلى وطني الحبيب (العراق)

محبة وإجلالاً



ثبت المحتويات

الفصل الثالث: التخلف العقلي

الفصل الرابع: الصحة النفسية و الإسلام

الفصل الخامس: الإرشاد والصحة النفسية

الفصل السادس: النظريات التي فسرت الصحة النفسية

الفصل السابع: الصحة النفسية و النمو

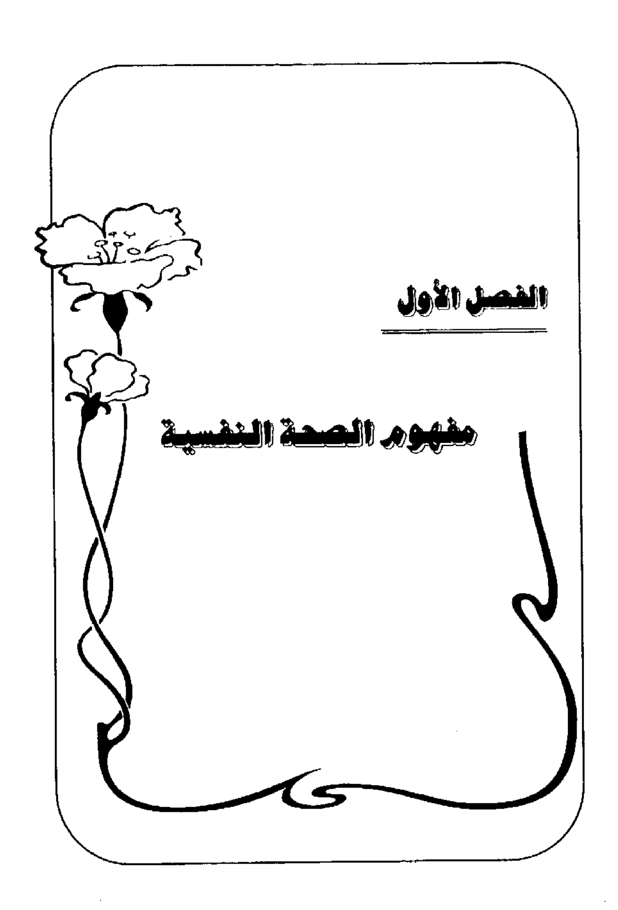
الفصل الثامن: الضغوط النفسية

الفصل التاسع: الغدد الصماء (الهرمونات) والصحة النفسية

تمهيد

يعد موضوع الصحة النفسية من الموضوعات التي يحتاجها الإفراد على مختلف ثقافتهم وأعمارهم ونوعهم، ويحتاجها المختص والمثقف والطالب الجامعي ورب الأسرة والإنسان البسيط، لان الصحة النفسية توفر للإفراد السعادة والأمان والراحة.

لذا وجدت من الضروري إن أساهم في تقديم شيئاً بسيطاً عن هذا الموضوع الكبير، وتعمدتُ الكتابة بأسلوب بسيط كي يصل إلى ذهن المتلقي بشكل سريع وهي جهود متواضعة غرضها نبيل خدمة لأبناء وطني وخاصة طلبة الجامعة والمهتمين بدراسة السلوك الإنساني والراغبين بدراسة موضوعات علم النفس والشخصية والإرشاد النفسي والصحة النفسية، راجياً ومبتغياً مرضاة الله سبحانه وتعالى ومن الله التوفيق



الفصل الأول

مفهوم الصحة النفسية

الفصل الأول

مفهوم الصحة النفسية

أصبحت العناية في الصحة النفسية للإفراد وبناء نفسيتهم بناء سليم موضع اهتمام القادة والمسؤولين والمشتغلين بعلم النفس. وان كل واحد من كل عشرة من السكان يحتاج إلى معونة من الطبيب النفسي أن عاجلاً أم آجلاً.

أن أهم ما يمتاز به القرن الواحد والعشرين انه تسوده عوامل الصراع والتطاعن والحرب النفسية لدرجة جعلت كثيراً من سكان العالم في بقاع الأرض المختلفة يعيشون على حافة الهاوية.

أن الاضطرابات قد تفشت بين الناس في القرن الواحد والعشرين وأصبح يسيطر على الكثير من مظاهر سلوكهم إلى حد انه أصبح المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة في تعليل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجية عن المألوف.

يتضمن علم الصحة النفسية جانبين أساسين الجانب الأول وقائي والجانب الثاني علاجي وتتضمن الوقاية اتخاذ الوسائل ضد العوامل التي تؤدي إلى تعرض أفراد أي مجتمع من المجتمعات لمشاعر الاضطرابات النفسية، أما الجانب الثاني وهو العلاج فلا يقتصر على الطرائق النفسية وحدها بل يتجاوز إلى طرائق العلاج الطبيعية الأخرى.

وهناك جانب ثالث وهو الجانب الإنشائي وهو ما يجتذ به المرء ليزيد شعوره بالسعادة وليزيد كفايته إلى أقصى حد مستطاع.

ومن أمثلته ما يقوم به بعض من محاولات لتقوية الذاكرة أو الخيال أو الإرادة أو الشخصية (أميمة، 1981, 433-435).

تعاريف الصحة النفسية

وهي البرء من أعراض المرض العقلي أو النفسي، كما إنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب مليئة بالتحمس. ويعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه وان يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على سوء التوافق الاجتماعي، كما لا يسلك سلوكاً اجتماعياً شاذاً بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات وتحت تأثير جميع الظروف (فهمي، **1987,15-16**).

وهناك العديد من التعريفات للصحة النفسية، منها:

أ. هي حالة لتكامل طاقات الفرد بما يؤدي إلى حسن إستثماره لها ومما يؤدي الى تحقيق وجوده، أي تحقيق إنسانيته (عبد الغفار، **1976**، **213**).

ب. هي حالة دائمية نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وإنفعالياً وإجتماعياً) أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الاخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته الى اقصى حد ممكن ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش في شلامة وسلام (زهران، **21,1980**) (الزبيدي، **2004**).

ج. حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وادارة الأزمات النفسية وتكون شخصية سوية متكاملة ويكون سلوكه عادياً.

د. التعريف وفق المنظور الإسلامي للصحة النفسية: هي وجود حالة من التعادل او التوازن بين سائر القوى والدوافع الجسدية والنفسية والروحية (القبانجي، 2002 ,13).

هـ. تعريف منظمة الصحة العالمية (W H O): حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض (صالح، 2005 ,33).

ومن هذه التعريفات وغيرها نجد أنها تؤكد على ان الصحة النفسية هي:

1- حالة دائمة نسبياً من التوافق النفسي (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً).

2- شعور الفرد بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين.

3- يستطيع تحقيق ذاته.

4- يستغل كل إمكاناته في حدود استطاعته الحقيقية من اجل أن يحقق وجوده.

5- يكون شخصاً إيجابياً ومنتج من اجل مجتمعه.

أهمية الصحة النفسية

1. أهمية الصحة النفسية للإنسان

أ. تساعده على حياة خالية من التوترات والصراعات وبما يؤدي إلى الشعور بالطمأنينة والراحة.

ب. وتزيد من قدرته على مواجهة الشدائد والأزمات والإحباط والتعامل معها بكفاءة بدلاً من الهروب منها.

ج. المساعدة في زيادة نشاط الفرد وقدرته على الإنتاج.

د. تساعده على اتخاذ القرارات المناسبة بسهولة.

هـ. تبعده عن التناقضات في سلوكه.

و. تساهم في قدره الإنسان على السيطرة على انفعالاته ورغباته بما يحقق توازن وسلوك مقبول.

ز. عامل مهم في الوقاية من الأمراض النفسية والجسمية.

2. أهمية الصحة النفسية للمجتمع:

أ. الصحة النفسية عنصر مهم في تحقيق التكيف الاجتماعي.

ب. تساعد في قدرة الفرد على قبول الواقع بعلاقاته مع محيطه.

ج. تساهم في زيادة أنتاج المجتمع.

د. تساهم بشكل ايجابي في الحياة الاجتماعية بجوانبها المختلفة كالتعلم والصحة والاقتصاد والسياسة، فكلما كان العاملون في هذه المجالات متمتعين بصحة نفسية كان الأداء ايجابي.

هـ. المساهمة في بناء اسري مستقر الذي هو أساس البناء الاجتماعي (حسين، 2001، 4 – 5).

علم النفس والصحة النفسية

يستهدف مساعدة الأسوياء من الناس على حل مشاكلهم بأنفسهم في مجال معين: التعليمي أو المهني أو الأسري أو الجنسي وغيرها.

مما لا يدخل في نطاق الأمراض النفسية والعقلية وذلك بإزجاء النصح إليهم أو تزويدهم بمعلومات جديدة أو تأويل نتائج اختبارات نفسية تجري عليهم أو تشجعهم على الإفصاح عن متاعبهم وانفعالاتهم. ومع انه يستهدف عادة ومعونة

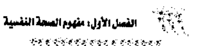
الأسوياء إلا انه يتدخل أحياناً في العلاج النفسي- الذي يستهدف عادة أحداث تغييرات أساسية في بناء شخصية المريض (اميمة ، 1988، 72).

لمحة تاريخية عن نشأة الصحة النفسية

أن الإمراض النفسية والعقلية قديمة قدم الإنسان، ولقد مر تطور الصحة النفسية بتاريخ طويل يرجع إلى حوالي (5000) آلاف سنة، ومن المفيد أن نلقي نظرة تاريخية لتطور الصحة النفسية عبر العصور:

أ- **العصور القديمة**: توجد الجذور التاريخية للصحة النفسية والأمراض النفسية في الحضارة المصرية والحضارة البابلية والحضارة الصينية والسومرية والحضارة الهندية منذُ (3000 سنة ق.م). كان الاعتقاد السائد أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها (مس الجن) وتأثير الأرواح الشريرة، لذلك كان المريض يعاني أفكار بدائية وعلاج بدائي، لازال في وقتنا الحاضر في بعض المجتمعات البدائية والطبقات المحدودة الثقافة. انبثق عن هذا الاعتقاد محاولات علاجية بدائية: مثل (عملية تربنة الجمجمة) أي إحداث ثقب بها حتى يخرج منه الروح الشريرة كما أدعى السحرة والعرافون.

كانوا رجال الدين يأخذون المريض إلى المعابد حتى يعود السلام إلى حياته. عموما كان المريض يعزل حتى لا يؤذي نفسه ويؤذي الآخرين. وفي زمن الحضارة اليونانية والرومانية خاصة في الفترة بين (500 ق.م – 200 بعد الميلاد) نمت المعرفة إلى أن المخ هو العضو الذي يركز فيه النشاط العقلي المعرفي وأن المرض العقلي دليل على اضطراب المخ. وقد ناقش أفلاطون في كتاب الجمهورية العقل والكائن البشري ووجه عناية إلى المعاملة الإنسانية والفهم اللازم لعلاج المرضى وتوقيع غرامة على من يهمل العقلي كذلك أرسطو ناقش (العقل والكائن

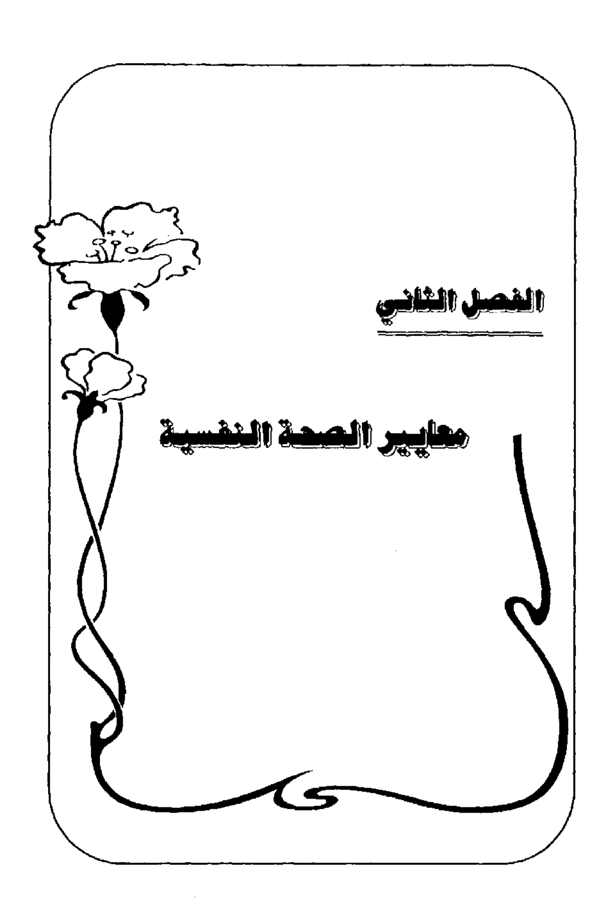


البشري) ووجه عناية إلى أحلام المريض وأهميتها. وفي العالم الإسلامي والعربي ازدهرت علوم الطب والعلاج، ومن أعلام العرب (الطبري، الرازي، أبن سينا) وإقامة المستشفيات.

ب- **العصور الوسطى**: حدثت نكسة عبر العصور الوسطى، وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض وتعتبر العصور الوسطى عصور مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي. وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت اسم (العلاج الديني) أو (العلاج الأخلاقي) وكان العلاج يتكون من بعض الإعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويذات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان، وكذلك كانوا يربطون المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض.

ج- **العصر الحديث**: وهذا العصر عصر النهضة العلمية ومنذ أن قامت الثورة الفرنسية سنة 1789م أشرقت نور جديد على طريق الإصلاح وأعيد النظر في الأفكار التقليدية وتغيرت النظرة إلى المرض العقلي كمرض مثله أي مرض جسمي آخر. وبدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى العقليين وأقيمت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج ورفعت عنهم السلاسل تحرروا من الزنزانات في فرنسا وألمانيا وأميركا وأتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل وتحسنت معاملتهم في المجتمع. وفي بداية القرن التاسع عشر تحسنت الحالة وظهرت أول مجلة علمية تختص بالأمراض النفسية. (5: 19) وبدأ تدريس الأمراض العقلية والنفسية على شكل محاضرات ودرست كثير من الأمراض النفسية وتحديدها ومعرفة أسبابها وعلاجها مثل: الهوس والاكتئاب والفصام.. الخ. كذلك ظهور النظريات التي فسرت الأمراض النفسية مثل

نظريـة التحليـل النفسي ـ والنظريـة السـلوكية وغيرهـا.. أمـا الوضـع الحـالي فقـد أزداد الاهـتمام بالصـحة النفسـية وظهـور ثـورة العـلاج الجسـمي بالصدمات والأدوية والجراحة، بحيث يشمل العلاج النواحي النفسية والطبيـة والاجتماعية وبناء المستشفيات والعيادات النفسية وتطور الدراسات والبحـوث النفسية (زهران، **1977**).



الفصل الثاني

معايير الصحة النفسية

الفصل الثاني

معايير الصحة النفسية

أولاً: محكات السلوك العادي وغير العادي. (السواء واللاسواء)

يبدي الفرد في سياق تفاعله مع البيئة المادية والاجتماعية أساليب توافق وأنماط سلوكية مختلفة، منها ما بعد اجتماعياً يحضى بقبول أفراد الجماعة التي تنتمي إليها ويتسق مع إطارها الثقافي فيوصف سلوكه بكونه عادياً أي مألوفاً، ومنها ما يكون خارجاً على هذا الإطار متعارضاً معه، ومن ثم لا يحضى بقبول الجماعة فيوصف بالشاذ أو غير العادي، بحيث لم تألفه الجماعة من قبل وقد توصف شخصية الفرد ذاته بكونها عادية أو شاذة وغير عادية بناء على ذلك. لذلك فإن الفصل بين الشخصية السوية والشخصية الشاذة ليس بالأمر اليسير دائماً وذلك لاختلاف وجهات النظر إلى السواء والشذوذ. ويرتبط مفهوم الصحة النفسية **Mental health** كحالة بمظاهر سلوك الفرد وشخصيته هل هي عادية أم غير عادية أو مضطربة. وهناك عدداً من الممكنات أو المعايير المختلفة لتقرير ما هو عادي أو صحي من السلوك وما هو غير عادي أو مرضي. وقد تغلب على بعض هذه المعايير أو المحكات الطابع النظري بينما يغلب على البعض الآخر منها الطابع العلمي أو الإجرائي ومن أهمها.

1. المحك الذاتي **Subjective Criterion**

كأن يحدد الفرد مجموعة من الإحكام أو المعايير (قيم، مبادئ، اتجاهات) على

سبيل المثال تكون بمثابة إطار مرجعي يحكم من خلاله على السلوك بما يتفق مع هذا الإطار يعد عادياً ومالا يتفق يعد شاذاً وغير عادي. ومثل هذا الأسلوب يكون غير موضوعي لا يتفق عليه لأنه يتعدد بتعدد الأشخاص أولاً ويختلف من شخص إلى آخر ثانياً. (القريطي، 1998، 43).

إن هذه المحكات والمعايير يحكم من خلالها على السلوك الفرد والتي يقبلها كمحددات لسلوكه وتصرفاته قد تفتقر إلى المقومات الأخلاقية والاجتماعية التي تتطلبها الحياة داخل جماعة معينة. فالمتسلط والسارق ربما يرى نفسه متوافقاً سعيداً مطمئن القلب و متريح البال لأن سلوكه يتفق مع ما جدده لنفسه من معايير أساسها الهوى النفسي. بصرف النظر عن الاعتبارات الأخرى التي تضر بمصالح الآخرين. وقد يكون سلوك هذا يؤدي إلى عدم التكييف بالنسبة للفرد في المجتمع الذي يعيش فيه ويكون قاصراً وغير قابل للتعميم في جميع الحالات وربما يكون انحرافاً عن السلوك الاجتماعي الطبيعي (الطبيعي، 1918، 43).

2. المحك الإحصائي Statistical Criterion

يرى أن الشخص السوي **Normal** هو من لا ينحرف كثيراً عن المتوسط (راجح، 1973، 472) يمكن القول أن السوي هو المتوسط الذي يمثل الشطر الأكبر من الناس وفق المنحنى ألاعتدالي فقد يعد أن الشخص غير العادي هو من يشذ أو ينحرف المتوسط بمقدار وحدتين انحرافتين معياريتين أو أكثر (سلباً أو يجاباً) في خاصية ما. فالمتفوق عقلياً والمتخلفون عقلياً غير عاديين من حيث الذكاء وكذلك العمالقة والأقزام. من حيث الطول. ووفقاً الأسلوب الإحصائي يفترض أن الخصائص تتوزع على البشر توزيعاً اعتدالياً أن (26، 68 ٪) من الناس متوسطون أو عاديون في أي صفة. فيما ينحرف بقدر ونسب مئوية متساوية بقية

الأفراد في السلب و الإيجـاب بالـزيـادة والنقصـان في هـذه الصـفة أي أن نسـبته (14، 2 ٪) شواذ وغير عاديين (المتفوقين – المتخلفين). (القريطي، **1998**، **44**). من مميزات هذا المحك: أنه يراعـي مـا بـين ضروب الانحـراف مـن تـدرج يتميـز بـين الحالات الخفيفة والمتوسطة والعنيفة من سوء التوافق. لكن يبدو غريباً حين يكـون بصدد سمات الذكاء أو المجال أو الصحة.

كل هذه تعده من الشواذ أذا انحرفت عن المتوسط الحسابي. وهـذا المحـك لا يكون صالحاً في التحدث عن مظاهر أو الخصائص العقليـة والاجتماعيـة بـل يكـون مظلالاً. قد يكون شائعاً بين الناس في المجتمع لكنه يعد مـؤشراً غـير صـحيحاً عـلى الصحة النفسية السليمـة.

و وفقاً لهذا المحك فإنه يشـمل عـلى النـواحي الانحـراف السـلبية والايجابيـة فكلاهما غير عادي، أما الشذوذ بالمعنى المـرضي أو غـير الصـحي أكثـر عـلى بعـض النواحي الانحراف السلبية (كضعف الآنا والشعور بالنقص والدونيـة والانطـواء) مما يدل على سوء التوافق المضطرب. قد تكـون العديـد مـن الانحرافـات الايجابيـة (التفوق العقلي – الإبداع – الثقة بالنفس – الثبات الانفعالي – قوة الآنا) تعبيراً عـن الصحة النفسية السليمة. فالشذوذ بمعنى الانحراف عن المتوسط وهـذا السـلوك لا يكون دالاً بالضرورة في جميع الحـالات عـلى اعتـدال الصـحة النفسـية (فالشـخص المنخفض من الذكاء وفقاً لمحات مختلفة ضعيف العقل **Feeble Minded**) (طلت مصور، **1984**، **431**).

3. المحك الإيقاعي (الحضاري الثقافي) Social Criterion

أن الشخص السوي المتوافق مـع المجتمـع: أي مـن اسـتطاع أن يجـاري قـيم المـجتمع وقـوانينه ومـعاييره وأهدافـه. (راجـح، **1973**، **473**) ويختلـف

من مجتمع لآخر. لأن كل مجتمع له معاييره وثقافته وتقاليده وقيمه التي تختلف بها عن بقية المجتمعات. قد يتعارض معها طبقاً للمحك الاجتماعي فالفرد العادي هو الذي يسلك وفقاً لقيم المجتمع وعاداته ويساير ما تقبله الجماعة وتتفق عليه (أساليب – اتجاهات) بل يلتزم بها الفرد غير العادي هو الذي يبدي سلوكاً مناقضاً وغير مألوفاً طبقاً لقيم الجماعة وقوانينها ويخرج عليها.

المآخذ: أن هذا المعيار يرى السواء في الامتثال التام لقوانين المجتمع وقيمته حتى وان كانت فاسدة تتطلب من الفرد العمل على أصلاحها وتغييرها بدلاً من التكيف معها. انه يختلف من حضارة إلى الأخرى. ولعل أكثر المآخذ التي تبرز في هذا المحك هو إن الإنسان هو المرجع لسلوك الإنسان لأنه يتأثر بالذاتية وقصور في وضع المعايير والضوابط كما أن المجتمع ذاته قد يمرض فتشيع فيه نظم جائرة أو ظواهر مرضية في جوهرها (الرياء – الكذب – النفاق – الغش) فيراها البعض وسائل عادية ومشروعة للنجاح في العلاقات والتفاعل الاجتماعي على أنها مظهر من مظاهر الصحة النفسية. (القريطي، **1998**).

إذن اللاسواء (هو تغيير كيفي لحالة السواء أو الصحة وسوء التوافق هو) (تغيير كيفي لحالة التوافق) (العبيدي، 2004، 16).

4. المحك المثالي Idealistic Criterion

أن الشخص السوي هو الكامل المثالي، (راجح، **1973**، **473**). أو ما يقرب منه، أو يعتبر الشخص العادي هو المثالي الكامل في كل شيء وان الغير العادي أو الشاذ هو من ينحرف عن الكمال أو المثل الأعلى (القريطي، **1998**، **47**) من الصعب أن يصل أو يبلغ الفرد مرتبة المالية. نستنتج طبقاً لهذا المعيار أن الأفراد المثاليين سيكونون أقلية نادرة في المجتمع في حين أن الأغلبية ستصبح شاذة بحكم أنحرفها

عن المعيار أو المثل الأعلى. فالجهد سيكون صعب المنال ومن الاستحالة على الإنسان (فالكمال لله وحده سبحانه وتعالى) المنزه من النقص وعيب أما النقص ضمن طبيعة البشر يكاد لا يخلو أي فرد من التوتر أو القلق أو الغضب أو يسيطر عليه الخوف أو الشعور بالضيق والفشل أو خيبة الأمل والشعور بالذنب والإثم أو غيره (القريطي، 1998، 48).

من هنا يقصد النفسيون (بالخلو) أو انه ليس هناك شخصية سوية. أن هذا المحك قد لا يكون له وجود على الإطلاق من الناحية الإحصائية في النواحي الذكاء أو الجمال أو الصحة النفسية.

5. المحك الباثولوجي Pathological Criterion

يعتمد هذا المحك على الأعراض المرضية للاضطرابات النفسية والعقلية كأساس لتصنيف الناس إلى عاديين وشواذ أو منحرفين. يرى أن الشواذ أو الشخصيات الشاذة تتسم بأعراض إكلينيكية معينة يغلب على أنماط السلوكية أعراض مرضية (الهلسات – الاضطرابات اللغوية والانفعالية، اضطرابات التفكير)

كما هو الحال عند بعض الذهنيين الذين يجب عزلهم لحمايتهم من أنفسهم وحماية المجتمع من إخطارهم كالنزعات الإجرامية والانحرافات الجنسية في الشخصيات السيكوباتيه.

المآخذ: لا يعني بالحالات شديدة الاضطراب ممن يتوقع أن يصيبا أنفسهم أو الآخرين بأذى أو سوء وممن هم بحاجة إلى رعاية صحية خاصة واجتماعية. ويؤخذ على عدم تحديد الدرجة التي يجب أن يصل إليها انحراف السلوك أو الاضطراب الانفعال أو الاعتدال في الصحة النفسية حتى يمكن عده شاذا فهناك حالات اقل

شدة من حيث الاضطراب لا يمثل خطراً على أنفسهم أو على نفسها أو على الآخرين يستوجب عزلها والتي تتملك شخصاً ما. منها (الخوف من التلوث أو الظلام أو حشرة) يدفع إلى سلوكيات مبالغ فيها كالإفراط في غسل اليدين عند المصافحة فهذا سلوك غير عادي وان درجة الخطورة لا تدرجه ضمن مظاهر الشذوذ وفقاً للمحك الطبي (القريطي، **1998، 47- 48**).

6. محك المواءمة بين الفرد ومصلحة الجماعة (قدم اكولمان)

هذا المحك كبديل عن المعايير الاجتماعية في التمييز بين السلوك العادي والغير عادي ويرى أن المسايرة الاجتماعية أمر ضروري لاستمرار الجماعة أن هذا المحك يتعدى حد الاهتمام بالتوافق الاجتماعي للفرد والاهتمام بالظروف الاجتماعية التي تسير للفرد حرية الحركة وتحقيق إمكاناته وتهيئ لحدوث هذا التوافق وانه من أكمل المحكات وأدقها إلا انه يواجه صعوبة بالغة في التطبيق العلمي (العبيدي، **20004**).

7. محكات ذات طابع إجرائي

منها ما اقترحته (مائير جودا **Jahoda**) للحكم على الصحة النفسية الايجابية:

1. الاتجاه نحو الذات.
2. النمو والتطور وتحقيق الذات.
3. التكامل الاتساق بين جوانب الشخصية.
4. التلقائية والاستقلال والتوجيه الذاتي.
5. أدراك الواقع.

6. السيطرة على البنية. وكذلك ما استخلصه (روجرز) في الإرشاد والعلاج النفسي المركزي حول الشخص (القريطي، **1998**، **48**).

ثانياً: التوافق النفسي Adjustment

يعد هذا مفهوم المركزية في علم النفس عامة وفي الصحة النفسية خاصة نتيجة انتشاره في الدراسات السيكولوجية. وعلى الرغم من هذه الأهمية الكبيرة لمفهوم التوافق النفسي إلا انه لم يسلم من الخلط والتضارب ويعزى ذلك إلى اختلاف الباحثين في الرؤية والاتجاه (المجلة العراقية، **2001**، **28**).

فالتوافق لغة: (يعني الانسجام والمؤازرة والمشاركة والتضامن وهذه كلها تقارب المصطلح الأجنبي (**Conformity**) ويعني التآلف والتقارب) (فهمي والقطان، **1987**، **71**).

لذلك يقودنا مفهوم التكامل النفسي-إلى مظهر آخر للصحة النفسية وهو التوافق حيث يتضمن شقين هما:

أتزان الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته: (أي مقدرته على مواجهة وحسم ما ينشأ داخله من صراعات ويتعرض له من احباطات ومدى تحرره من القلق والتوتر الناجم عنها.

نجاحه في التوفيق بين دوافعه ونزاعاته المختلفة ثم انسجام الفرد مع ظرف بيئته المادية والاجتماعية (االقريطي، **1998**، **62**).

وغالباً ما يكون هناك خلط بين المفاهيم (التوافق، التكييف، سوء التوافق) ويرى كثير من الباحثين ان التوافق (هو عماد الصحة النفسية السليمة ومحورها فحسن توافق الفرد دليل على صحته النفسية وسوء توافقه يعد مؤشراً على اختلالها) (القريطي، **1998**، **63**).

فالتوافق Adjustment (مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته من اشباعات وإحباط وصولاً إلى ما يسمى بالصحة النفسية أو السواء أو الانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخر في الأسرة والعمل وفق التنظيمات التي ينخرط فيها الإنسان وعليه فالتوافق هو مفهوم إنساني) (الداهري، **1999**، **55**).

أما مفهوم التكيف Adaptation: (فيشمل تكييف الإنسان والحيوان والنبات إزاء البيئة الفيزيقية التي يعيش فيها، فالإنسان أو الحيوان أو النبات (الكائن الحي) كي يستطيع أن يعيش في البيئة أن يكيف نفسه لها) (الداهري، **1999**، **55**).

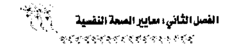
ويرى دارون من أن التكييف (يتمثل في مقدرة الكائن الحي على تلاؤم مع ظروف بيئته المادية ومشكلاتها وصعوباتها تلاؤماً يعينه على الحفاظ على إبقائه والاستمرار في الحياة) (القريطي، **1998**، **63**).

إما سوء التوافق Maladjustment: (وهو فشل الإنسان في تحقيق انجازاته وإشباع حاجاته ومواجهة صراعاته ومن ثم يعيش الفرد في الأسرة والعمل والتنظيمات التي ينخرط منها في حالة عدم الانسجام وعدم التناغم وإذا ما زاد هذا القرار من سوء التوافق اقترب الفرد من العصاب) (الداهري، **1999**، **55**).

وهكذا فالتوافق عملية دينامية ومستمرة لان بطبيعتها دائمة التغيير مما يفرض على الفرد مشكلات جديدة.

عرفه فرويد 1923

قائلاً بأن الشخص الحسن التوافق هو الذي عنده ألانا بمثابة المدير المنفذ للشخصية أي انه الذي يسيطر على كل من ألهو والانا الأعلى ويتحكم فيها) (العبيدي، **2004**، **16**).



عرفه فهمي 1967

(عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين بيئته) (فهمي، **1967**، **20 – 21**)

عرفه منصور 1972

(ما يشعر تجاه ذاته، وما يدركه عن ميوله التي تحدد طبيعة استجابته للآخرين، وما يملك من كفاية في مواجهة المواقف المتأزمة انفعالياً) (المنصور ، **1972**، **6**).

العبيدي 2004

(حالة من تلاؤم والانسجام والتناغم بين الفرد وبيئته تبدو في قدرته على أرضاء اغلب حاجاته وتصرفاته تصرفاً مرضياً إزاء البيئة المادية والاجتماعية) (العبيدي، **2004**، **18**).

رؤية في التعريف النظري: التوافق بأنه (حالة من الانسجام والتلاؤم بحيث يصبح الفرد متطابقاً مع ذاته تطابقاً متوازناً وفقاً لحالته النفسية والعقلية، مع المحيط الذي يعيش فيه فيجعله يسلك سلوكاً مقبولاً في المجتمع).

تنعكس عملية التوافق من خلال مجالات عديدة تتسع باتساع نشاط الفرد وعلاقاته: المجالات هي:

1- التوافق الذاتي (الشخصي) توافق الفرد وذاته.

2- التوافق الاجتماعي: يشير إلى حسن التوافق مع المجتمع بنظامه وقوانينه وأعرافه ومؤسساته و تقاليده وطوائفه وجماعاته وأفراده (يقي قدرة الفرد عقد صلات اجتماعية راضية مرضية تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار فلا يشوهها العدوان أو الارتياب أو الاتكال) (راجح، **1973**، **316**).

3- التوافق الأسري: يشير إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته وعلاقاته في الحب والمودة والمساندة والتراحم والتعاون بينه وبين والديه وأخوته وأصدقائه بما يحقق حياة أسرية سعيدة (القريطي، 98، 65).

4- التوافق الدراسي: مدى انسجام أو حسن تكيف الفرد مع دراسته وبيئته الدراسية كعلاقة بالمعلمين والزملاء والمناخ الدراسي والمناهج وغيرها.

5- التوافق الزواجي: يشير إلى درجة التناغم والتواصل الفعلي والعاطفي والجنسي بين الزوجين. مما يساعدهم على بناء علاقات زوجية ثابتة مستقرة والشعور بالرضا والسعادة ومواجهة ما يتصل بحياتها من صعوبات ومشكلات وصراعات) (القريطي، 1998، 65).

6- التوافق المهني: يتعلق بالانسجام بين الفرد والمهنة والعمل الذي يمارسه، ورضاه عنه ومقدرته على أقامة علاقات مهنية وإنسانية مثمرة ومرضية مع زملائه و رؤسائه ويتوقف التوافق في جميع المجالات على عوامل متعددة منها عاماً مثل مدى النضج الانفعالي **Emotional Maturity**.

بعض المؤشرات التي تشير إلى التوافق (الصحة النفسية)

1- النظرة الواقعية للحياة: نلحظ بعض الأفراد يعانون من عدم قدرتهم على تقبل الواقع منهم متشائمين رافضين لكل شيء وهذا يشير إلى سوء التوافق في حين نجد أن أشخاصاً يقبلون على الحياة بكل فرح واقعيين في تعملهم مع الآخرين وهذا يشير إلى توافقهم في المجال الاجتماعي (الداهري، 1999، 57).

2- مستوى طموح الفرد: الفرد المتوافق تكون طموحاته مشروعة عادة في المستوى إمكاناته يسعى إلى تحقيقها من خلاله دافع الانجاز ويشير إلى التوافق الفرد والعكس فيه سوء التوافق.

3- الإحساس بإشباع حاجات نفسية: كي يتوافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين عليه أن يحس بأن جميع حاجاته النفسية الأولية منها والمكتسبة مشبعة بصورة شرعية وكذلك حاجات الأمن النفسي وان لديه القدرة على حب الانجاز وفي تقدير والحرية والى الانتماء وإذا ما أحس أن جميع هذه الحاجات مشبعة فإنه بمثابة احد المؤشرات المهمة لتوافقه إما العكس فإنه يقرب من سوء التوافق.

4- توافر مجموعة من سمات الشخصية: مع نمو الإنسان تنمو معه السمات ذات الثبات النسبي ويمكن ملاحظتها من خلال مواقف حياته ومن أهم هذه السمات:

أ. الثبوت الانفعالي.

ب. أتساع الأفق.

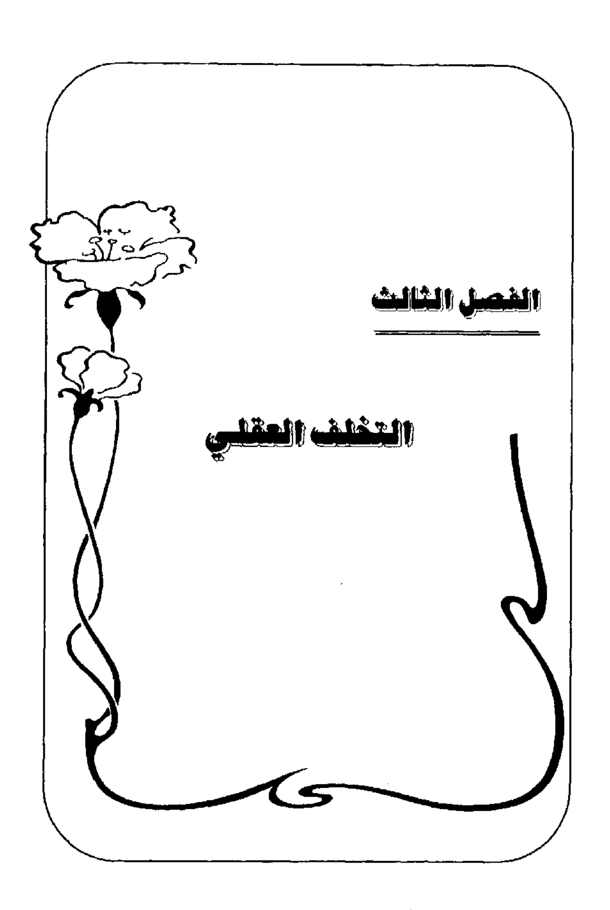
ج. مفهوم الذات (المتطابق).

د. المسؤولية الاجتماعية.

هـ. المرونة.

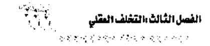
و. الاتجاهات الاجتماعية الايجابية: يتمثل في التخصص المتوافق مجموعة مكتسبة من الاتجاهات التي تسير حياة الفرد فالتوافق يتلازم مع الاتجاهات التي تبنى المجتمع مثل احترام العمل، تقدير المسؤولية، أداء الواجب، الولاء للقيم والأعراف والتقاليد السائدة في المجتمع تشير إلى التوافق بطريقة بناءة (الداهري، **1999**، **60**).

ز. مجموعة من القيم (نسق قيم)



الفصل الثالث

التخلف العقلي



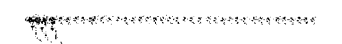
الفصل الثالث

التخلف العقلي

مقدمة

عرف الإنسان منذ وقت مبكر حالة التخلف العقلي عند الأفراد، وجدت دراسات تشير إلى إن سكان وادي الرافدين استطاعوا أن يميزوا الأشخاص المتخلفين عقلياً من غيرهم واهتموا برعايتهم كما إن الإغريق والرومان شخصوا حالة التخلف العقلي على أساس العيوب والتشوهات العقلية والجسمية وفي الصين كانوا يرمون المتخلفين عقلياً في نهر عميق حتى يلقوا حتفهم. ومن ثم تغيرت النظرة فيما بعد فبدأ الاهتمام بهؤلاء. كما إن العرب المسلمون قاموا بتشخيص الانحرافات الذهنية واستخدموا العلاج النفسي مع الأشخاص المتخلفين عقلياً وتقديم الرعاية لهم. وفي بداية القرن العشرين وبعد الحرب العالمية الأولى أثار موضوع التخلف العقلي علماء النفس والتربية فظهرت إلى الوجود مقاييس وبحوث عديدة حول مشكلات التخلف العقلي.

إلا ان الاهتمام الأفراد أزداد بعد الحرب العالمية الثانية فظهرت المفاهيم (البيولوجي– الطبي– الاجتماعي– النفسي) للتخلف العقلي. وافتتحت أول مدرسة للمتخلفين عقلياً سنة 1896 ثم تغيرت المفاهيم والنظريات في مجالات متعددة تهتم بالتخلف العقلي.



مفهوم التخلف العقلي:

التخلف العقلي مشكلة اجتماعية نفسية أطلق عليها المتخصصون عدداً من المصطلحات للدلالة عليها منها (الضعف العقلي– القصور العقلي– النقص العقلي– الشذوذ العقلي– التخلف العقلي أو الذهني) إما التسميات الأجنبية فقد استخدمت للدلالة على هذه المشكلة.

(Feeble Minded – Mentally Handicapped – Mantel Retardation Mental Deficiency).

(الريحاني، **1981**، **19**)

يعد موضوع التخلف العقلي من المواضيع التي تدرس بشكل واسع من قبل المهتمين والمختصين في فروع مختلفة في الطب وعلم النفس والتربية وعلم الاجتماع النفسي لذلك لا نجد تعريفاً واحداً متفق عليه عند الجميع. إن النقص العقلي ليس بمرض وإنما هو عرض من بين تنويعات متعددة و واسعة من الشروط التي تتداخل بالتطور العقلي الاعتيادي للدماغ ويعتبر العجز الذهني التعبير الوظيفي لمثل هذا التدخل.. كما ان تميز العقلي أنها يقوم أحياناً بواسطة اختبارات الذكاء والمقاييس.

لذلك فلتعريف الشامل للتخلف العقلي يجب أن يصف مظاهر تلك الحالات التي تنطبق على كل حالات التخلف العقلي فتشمل العوامل (الطبية – الاجتماعية – النفسية– الاقتصادية والجسمية والتربوية) (الداهري، **1999**، **139**).

أسباب اختلاف تعريف التخلف العقلي: وذلك يرجع إلى:

1- اختلاف وجهات النظر في تحديد التخلف العقلي (بيولوجية– صلاحية اجتماعية– نفسية واجتماعية– طبية– قانونية).

2- استخدام محكات في التعريف على التخلف العقلي:

أ. محكات القدرة العقلية العامة (اختبار، مقاييس الذكاء).

ب. محكات العلاجية الاجتماعية (التكييف الاجتماعي).

ج. محكات النضج (معدل نمو المهارات اللازمة للطفل للعناية بنفسه).

د. محكات التعلم (قدرة الطفل في الحصول على معلومات ومدى الاستفادة من الخبرات التي تعرض لها).

هـ. هناك اتجاهات استخدام أكثر من محك للتعرف على التخلف العقلي (الداهري، 1999، 14).

تعريف التخلف العقلي على أساس (العامل العقلي – البيولوجي – الاجتماعي):

التعاريف المعاصرة للتخلف العقلي: تعتبر الأطباء أول مجموعة أسهمت في التعريف التخلف العقلي وان هذه التعريفات المبكرة وضعت تأكيداً كبيراً على الإبعاد البيولوجية لوصف حالة التخلف، ففي عام 1900 كتب (ايرلاند **Irland**): يقول أن

البلاهة (هي نقص عقلي، أو غباء شديد نتيجة لسوء التغذية أو الامراض العصبية التي تظهر قبل الولادة أو قبل نمو القدرات العقلية في مرحلة الطفولة).

عرفه (تريد- جولد **Treed gold**): من وجهة نظر الصلاحية الاجتماعية (بأنه عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً من مواءمة نفسه مع بيئة الإفراد العاديين بصورة تجعله بحاجة إلى رعاية وأشراف ودعم خارجي) (الداهري، 1999، 142).

يرى (دول Doll) أن الفرد المتخلف عقلياً هو الشخص الذي تتوفر فيه الشروط التالية:

1- عدم الكفاءة الاجتماعية يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي.

2- إنه دون المستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.

3- أن تخلفه العقلي قد بدأ أما منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكر.

4- انه سيكون متخلفاً عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.

5- يعود تخلفه العقلي إلى عوامل تكوينية أو وراثية أو نتيجة مرض ما.

6- أن حالته غير قابلة للشفاء.(الريحاني، **1989**، **37**).

أما (هبر **Heber** 1961): فكان تعريفه للتخلف العقلي أكثر قبولاً لدى علماء النفس والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومؤداه (إن التخلف العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو ومرتبطاً بخلل واحد أو أكثر من الوظائف التالية (النضج، التعلم، التكيف الاجتماعي). (الريحاني، **1981**، **37**).

فالمستوى الوظيفي: يعني علامة الفرد في اختيار للذكاء وبالمقارنة مع أبناء عمره.

الأداء الوظيفي: يشير إلى أن الفرد خضع إلى عملية تقييم عن طريق أداء أو اختبار بقدر كافي من الشمول يعطي الخصائص الفعلية التي يمكن قياسها.

مرحلة النمو: مرحلة ممتدة منذ بداية الإخصاب وحتى من السادسة عشر.

النضج: يشير إلى معدل أو درجة التي تنمو إليها المهارات الأساسية المرتبطة بمرحلة الحضانة والطفولة المبكرة.

التعلم: يشير إلى قدرة على الحصول على المعرفة أو الاستفادة من خلال الخبرة.

التكيف الاجتماعي: قدرة الفرد على ممارسة في المحافظة على الذات في البيئة والعمل (الريحاني، **1981**، **38**).

عرفه (كد **Kidd** 1963): هو تعديل لتعريف (**Heber**) الذي يؤكد ضرورة أن يكون الانخفاض عن المتوسط ذات دلالة) (الداهري، 1999، 144).

عرفه (كروسمان **Crossman** 1973): بان التخلف العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام الذي ينخفض عن المتوسط انخفاضاً ذا دلالة مرتبطاً بخلل في سلوك الفرد التكيفي تظهر إثارة في مرحلة النمو) (الداهري، 1999، 141).

أن التعديل المعتمد على ثلاث معايير هي:

1- انخفاض الذكاء عن (70 درجة).

2- الخلل في السلوك التكيفي.

3- ظهور ذلك قبل سن الثامنة عشر.

الريحاني يرى أن تعريف (عبد السلام عبد الغفار، ويوسف الشيخ 1966) تعريفاً ومقبولاً يعتمد على عدد كافي من المعايير للحكم على التخلف العقلي هو (توقف أو عدم اكتمال للنمو العقلي يولد بها الطفل أو يحدث في سن مبكر ونتيجة لعوامل وراثية أو جينية أو بيئية فيزيقية ويصعب على الطفل الشفاء منها، وتتضح أثار عدم اكتمال النمو العقلي في المستوى أداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين) (الداهري، **1999**، **145**) يتضح من هذا التعريف انه يستبعد جميع العوامل الثقافية.

عرفه (جيرفس **Jervis 1952**) من وجهة نظر طبية على انه: (حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ المسببة عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية) (الريحاني، **1981**، **43**).

أما تعريف (بورثوس وكوربيت) من وجهة نظر قانونية على أن (الأفراد المتخلفين عقلياً هم الأفراد غير القادرين على استقلال وتدبير أمورهم بسبب التخلف الدائم، أو توقف النمو العقلي في مرحلة عمرية مبكرة) (الريحاني، **1981**، **34**).

أسباب التخلف العقلي:

هناك اختلافات حول أسباب التخلف العقلي وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى ثلاث مجموعات من العوامل والأسباب هي:

1. عوامل ما قبل الولادة **Prenatal Causes**: وهي عوامل تؤثر على الجنين قبل ولادته خلال أشهر الحمل وتشمل:

أ. العوامل الجينية.

1- الجينية المباشرة: يرث الطفل المتخلف من والديه أو أجداه عن طريق الجينات الوراثية السائدة بحسب قوانين مندل الوراثية.

2- الجينية غير مباشرة: وراثة نوع من المرض أو الخلل أو الاضطرابات الكيميائية والتي تنتقل إلى الجنين من احد والديه أو كلاهما تلفاً لدماغ الطفل وتصيب جهازه العصبي وتعيق نموه وتؤدي إلى تخلفه عقلياً.

ب. عوامل غير جينية

وهي العوامل غير الجينية أي البيئية التي تؤثر في الجنين قبل الولادة مثل إصابة الأم بأحد الإمراض المعدية (الحصبة الألمانية أو الزهري وبخاصة في الشهور الأولى إضافة إلى مشكلات سوء التغذية أو تعرض إلام الحامل للحوادث المفاجئة.

2. عوامل أثناء الولادة Prenatal Causes: هي العوامل والمشكلات التي تحدث أثناء عملية الولادة وتؤثر على المولد وتكون آثار هذه المشكلات التي تتعرض لها الأم ساعة الوضع يتعرض لها الطفل المولود وتكون آثار سيئة قد تدوم إلى الأبد. وتعتبر فترة الولادة من الفترات الحرجة بالنسبة لحياة الطفل فقد اعتبر (فرويد) لحظة الميلاد صدمة يتعرض لها الطفل وتكون خبرة الخطر الأول تسبب له القلق الأول (الريحاني، 1981، 55) ومن هذه المشاكل هي:

1- الولادة المبكرة (قبل موعد الطبيعي).

2- ميكانيكية الوضع عسر الولادة تحتاج إلى عميلة قيصرية.

3- وضع الجنين أثناء الولادة (الطبيعي أن يكون رأس الطفل في المقدمة أما في غيرها يتعرض الطفل إلى للإصابات.

4- أعطاء العقاقير والبنج أثناء عملية الولادة.

5- الولادة المتعددة التوأم (أحد الأطفال يأخذ القدر الأكبر من التغذية) (الداهري، 1999، 153).

3. عوامل ما بعد الولادة Pot Natal Causes: هي عوامل تؤثر على الطفل بعد الولادة وفي سنوات عمره المبكرة. وتشمل الحوادث والإمراض المختلفة التي يتعرض الطفل لها في السنوات الأولى من عمره تسبب تلف في الجهاز العصبي المركزي وتشمل

1- التهاب السحايا (بكتريا تؤثر على قشرة الدماغية أو الجهاز العصبي).

2- الالتهاب الدماغي: التهاب عام في الدماغ يسبب عن أنواع مختلفة من البكتريا والفيروسات.

3- الأمراض الناجمة عن زوال النخاعين (زوال المادة النخامية).

4- سوء تغذية المادة الدماغية البيضاء.

5- الاضطرابات الشخصية.

6- اضطرابات الغدد وعدم قيامها بوظائفها .

7- إصابة الدماغ على آثر الحوادث والصدمات.

8- بعض الأمراض تصيب الأطفال كالحصبة الألمانية والسعال الديكي وغيرها. (الداهري: **1999**: **154**).

4- عوامل غير محددة: بالرغم من معرفة هذه الأسباب وعوامل التخلف العقلي إلا أنها تمثل (25٪) وان (75) منها حالات غير معروفة ففي بعض حالات التخلف العقلي لا يبدو الفرد متخلفاً من حيث المظهر العام إلا أن وظائفه العقلية محددة بعض الشيء.

أن تأثير كل من الوراثة والبيئة في التخلف العقلي فيه وجهات نظر مختلفة فمنهم من ينكر العامل الوراثي ومنهم يثول أن (80 – 90 ٪) في الحالات لها أساس وراثي كما في دراسة (كاليكاك – 1914). (الداهري، **1999**، **154** – **155**).

خصائص المتخلفين عقلياً:

أولاً: المميزات العامة:

تميز المتخلفون عقلياً بشكل عام بتأخر في النمو وقابليتهم للتعرض للإصابة بالأمراض ونقص القدرة على ضبط السلوك الاجتماعي، ويتميزون بعجزهم جزئياً أو كلياً عن أعالة أنفسهم وقرب رغباتهم من المستوى الغريزي، ويتميزون بقصر

العمر مقارنة مع الأسوياء. وهناك أربع فئات من المميزات العامة للمتخلفين عقلياً هي:

1- الخصائص الجسمية: يتميز هؤلاء بتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام ويكون وزنهم اقل من العادي.

2- الخصائص العقلية: تتلخص الخصائص العقلية للمتخلفين عقلياً بوجه عام في تأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن 70 درجة وتأخر النمو اللغوي، وكذلك فيما يتعلق بالعمليات الأخرى مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتفكير.

3- الخصائص الاجتماعية: يتميز هؤلاء بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي.

4- الخصائص العاطفية والانفعالية: يميز المتخلفون عقلياً بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء.

ثانياً: مميزات المتخلفين عقلياً (ضمن الفئات المختلفة)

1- التخلف العقلي البسيط **Mild**: حيث يستطيع المتخلف عقلياً تمييز المهارات.

2- التخلف العقلي المتوسط **Moderate**: حيث يستطيع الكلام والاستفادة في التدريب في المهارات ويمكن أن يعيل نفسه.

3- التخلف العقلي الشديد **Serer**: يتميز بضعف في النمو الحركي.

4- تخلف شديد جداً (الاعتيادي) **Profound**: يحتاج إلى رعاية صحية مستمرة. (الريحاني، 1981، 83).

انتشار التخلف العقلي

يعد التخلف العقلي مشكلة تجابهها جميع المجتمعات على اختلاف مستوياتها

الحضارية فهناك فروقاً واضحة في الدراسات المختلفة وان سبب تفاوت النسب في هذه الدراسات قد لا يمثل الواقع بل فروقاً واضحة في الدراسات المختلفة وان سبب تفاوت النسب في هذه الدراسات قد لا يمثل الواقع بل قد يرجع إلى الاختلاف بما يأتي:

1- التعريف المستخدم لوصف الأفراد المتخلفين عقلياً.

2- الاختبارات المستخدمة.

3- حجم المجتمع.

4- الأسلوب المستخدم في معالجة البيانات.

5- الرقعة الجغرافية المشمولة بالدراسة.

6- اختلاف العينات التي أجريت عليها الدراسة

أن أفضل تقدير لنسبة التخلف العقلي هو الاعتماد على مبدأ منحى التوزع السوي للصفات البشرية الذي يمثله (منحى غوس) باسم منحى التوزع السوي للصفات البشرية **Normal Distubution Curve**. حيث بين توزع القدرة العقلية (للذكاء) بين الناس والنسب المئوية لكل فئة من فئات الذكاء ويظهر المنحى:

1- أن ما يقارب (26 و 68 ٪) من الناس يقعون بين درجات الذكاء (85 – 115) وهم متوسط الذكاء.

2- أن ما يقارب (13،59 ٪) من الناس يقعون بين درجتي الذكاء (70– 85) درجة وهم ما دون الوسط تقابلهم فئة تقع بين درجتي (115 – 130) وهم فوق الوسط وتمثل نسبة (13،9 ٪) من الناس. (الريحاني، 1981، 45).

3- أن ما يقارب (14، 2) من الناس يقعون بين درجتي الذكاء (70– 55) درجة وهي الدرجة التي تعتبر الحد الفاصل بين التخلف العقلي والسواء وهم

فئة التخلف البسيط يقابلهم من الجهة الأخرى (14، 2) بين درجتي الذكاء (130– 154) هم المتفوقون عقلياً.

4- ما يقارب (13، 0) من الناس يقعون دون درجة الذكاء (55) وهم فئة تمثل التخلف العقلي المتوسط والشديد وهم بحاجة إلى رعاية خاصة مستمرة. يقابلهم حوالي (13 ،0) يتمتعون بدرجة كبيرة تزيد بدرجة ذكاء تزيد على (145) درجة وهم العباقرة. (الداهري، **1999، 146 – 147**).

وإذا قبلنا هذا التوزيع وان درجة الذكاء تمثل الحد الفاصل بين التخلف والسواء فهذا يعني أن نسبة التخلف العقلي يساوي (27، 2٪) من الناس.

تصنيف التخلف العقلي

1. تصنيف على أساس الأسباب

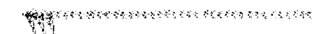
يميل الأطباء وعلماء البايولوجيا إلى تصنيف الحالات على أساس العوامل المسببة حيث يكون نتيجة لاضطرابات مرضية بيولوجية ويبقى هذا التصنيف عاجزاً على تصنيف المتخلفين عقلياً على أساس قدرتهم على التعليم والتدريب والتكيف الاجتماعي ومن هذه التصنيفات المعتمدة تصنيف (تريد– جولد **Tred gold** 1901) ويشمل على:

1- ظتخلف عقلي أولي (يشمل الأسباب الوراثية).

2- تخلف عقلي ثانوي (شمل الأسباب البيئية).

3- تخلف عقلي مختلط (وراثي– بيئي).

4- تخلف عقلي غير محدد الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية بخاصة مستوى



حالات التخلف البسيط وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى التخلف العقلي (الريحاني، **1981**، **95**).

2. تصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية

من التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلة إلا أن ما يميز هذه الفئات هو تجانس مظهرها الخارجي والمظاهر التريحية والفسيولوجية وأكثرها شيوعاً هو.

أ. المنغولية ***Mongolism***: تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية واضحة تشبه في مظهرها الخارجي وخاصة من حيث ملامح الوجه (ملامح الوجه المنغولي) كما لو أنهم جميعاً ينتمون إلى أسرة واحدة في حين لا يوجد بين أفراد أسرهم الأسوياء. ومعظم هذه الفئة يقع ضمن فئة البلهاء من حيث نسبة الذكاء حيث تتراوح الدرجة بين (25– 50) درجة فقط ونسبة قليلة منهم يمكن اعتبارهم من الفئة المنغولية ؟؟؟ تتراوح نسبة الذكاء (50 – 70) درجة (الداهري، 1999، 147). من أهم خصائص هذه الفئة، عرض الرأس مع المحيط اقل من أعلى قلة الشعر وجفافه وخلوه من التجاعيد والأنف عريض قصير واللسان كبير إما القامة والإطراف فقصيرة، ويتصف هؤلاء باللطف والمرح وحب التقليد والابتسام والتعاون.

ب. القماءة او القصاع ***Cretinism***: وهي حالة تنتج عن انعدام أو قلة الغدة الدرقية مما يسبب تلفاً في الدماغ وتتميز هذه الفئة بقصر القامة حيث لا يتجاوز طول الفرد عن (90 سم) مهما بلغ العمر إما نسبة الذكاء فلا تتجاوز العته والبله على درجة (50) في حدودها العليا ومن هذه مميزات هذه الفئة التأخر في النمو وخشونة الشعر وغلظ الشفتين وتضخم اللسان وقصر القامة ولا يصل المصاب

بالقصاع في الغالب إلى النضج الجنسي، كما أن عمر المصاب يكون قصيراً (الريحاني، **1981**، **97**).

ج. استسقاء الدماغ *Hydrocephaly*: تتميز هذه الحالة بشكل خاص بكبر أو تضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير اعتيادي ويسبب ضغط هذا السائل على الدماغ تلفاً فيه وتضخماً في الجمجمة (الريحاني، **1981**، **97**) ويتوقف التخلف على مقدار التخلف الحاصل في أنسجة المخ لضغط السائل وترافق هذه الحالة اضطرابات في البصر والسمع والنمو والتوافق الحركي إضافة إلى نوبات الصرع وغالباً ما تكون نتيجة العدوى أثناء الحمل مثل الزهري والتهاب السحايا أو عوامل وراثية (الداهري، **1999**، **157**).

د. حالات صغر الدماغ *Microcepholy*: تتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ ويأخذ الرأس فيها الشكل المخروطي ويبدو جلد الرأس مجعداً كما تتصف هذه بضعف النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام تصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

هـ. حالات كبر الدماغ *Macrocephally*: تتميز هذه الفئة بكبر محيط الدماغ والجمجمة ولا يتعدى مستوى الذكاء للمعتوه الأبله أي (25 – 50) درجة (الداهري، 1999، 198).

و. حالات العامل الريزيسي *R.H. Factor*: ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسي وحالات البول الفيكليتوني (RKU) وهذه حالات نادرة جداً ولا تتعدى نسبة المصاب عن (50) درجة.

ز-حالات العته العقلي المنظم *Anaerobic Familial idiocy*وهذه الحالة وراثية تتأثر الخلايا العصبية وتتورم وتمتلئ بالذهن مما يؤدي إلى العمى العقلي وتقل

نسبة الذكاء عن (25) درجة وقد يصاحب هذه الشلل والنوبات التشنجية وفقدان الضبط الانفعالي.

3. التصنيف على أساس نسبة الذكاء

يصنف المتخلفون عقلياً إلى فئات التالية:

1- العته (المعتوه) **Idiot**: هو المصاب بالدرجة الثالثة من درجات التخلف العقلي وهو اقرب إلى الحيوان في تصرفاتهُ وتفكيره مع فقدان اللغة والافتقار إلى تطمين حاجاته البيولوجية لو لا رعاية الكبار المحيطين لاستحال استمراره على الحياة بكل أشكالها (الداهري، 1999، 159) تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن (25) درجة ولا يزيد العمل العقلي عن ثلاث سنوات ويتميز الأفراد بالقدرة على التعلم والتدريب وينعدم لديهم التفكير.

2- البلاهة (الأبله) **Imbecile**: هو الدرجة القصوى من البلاهة أو الغباء وهو قريب الشبه بالمعتوه وتشمل المنغولية وهؤلاء لا يمكن تعليمهم على ممارسة ابسط الأفعال (الداهري، 1999، 159) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25- 50) درجة ويتراوح عمرهم العقلي بين (3- 7) سنوات ويمكن تدريبهم على بعض المهارات التي تساعدهم في المحافظة على حياتهم.

3- المأفون (المورون) **Moron**: وهي أخف نسبياً من الحالتين السابقتين ويستطيع الطفل أن يتعلم بعض المهارات البسيطة في البيت والمدرسة وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) درجة ويتراوح عمرهم العقلي بين (7-10) سنوات وتمثل هذه الفئة حوالي (75٪) من المتخلفين عقلياً.

4. التصنيف النفسي الاجتماعي

يعتمد هذا التصنيف السلوك التكيفي القائم على أساس عوامل النضج (Maturation) والتعلم (Learning) والتكيف الاجتماعي **Social Adjustmen** إضافة إلى اعتماده على نسبة الذكاء أساساً في تصنيف التخلف العقلي ويشمل الفئات التالية:

أ- التخلف العقلي البسيط.

ب- التخلف العقلي المتوسط.

ج- التخلف العقلي الشديد.

د- الاعتمادي.

5. التصنيف التربوي

يصنف التربويون المتخلفين عقلياً إلى فئات اعتماداً على قدراتهم على التعلم وعند التصنيف تظهر هناك أربع فئات هي:

1- بطيء التعلم (*Slow Learning*) تتراوح نسبة ذكائهم بين (75 – 90) درجة ويعتبرها الكثيرون ليس ضمن التخلف العقلي بل دون المتوسط في القدرة العقلية (الداهري، **1999**، **160**).

2- القابل للتعلم (*E. M. Retarded*) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (50 أو 55) إلى (75 أو 79) درجة ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدرسة العادية بشكل يوازي الأسوياء ومن الطلبة، ويكون نمو الطفل في معظم الأحيان طبيعياً إلى أن يظهر عجزه عن التعلم في المدرسة (الريحاني، **1981**، **104**).

3- القابل للتدريب (*R. M. Trainable*) تتراوح نسبة الفئة ما بين (30 أو 25) إلى (50 أو 55) وهم قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي إلا أنهم قابلون للتدريب في مجال (تعلم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس- والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والمدرسة والعمل، وتقديم بعض المساعدة في تطبيق الأسرة ويظهر التخلف في المرحلة مبكرة من الطفولة المبكرة.

4- الطفل الامتدادي (الطفل الغير قابل للتدريب) وتقل نسبة الذكاء هذه الفئة عن (25-30) درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وأشراف لأنه غير قادرة على الاستمرار دون مساعدة المباشرة.

رعاية المعوقين عقلياً

أن الرعاية التربوية عملية ديناميكية متكاملة ومترابطة من خلالها يمكن تقديم العديد من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية المناسبة لحالات الإعاقة العقلية المتعددة الأوجه وتتجه هذه الرعاية إلى ثلاث اتجاهات رئيسة:

1- اتجاه علاجي: لمعاونة المعوق عقلياً على مواجهة ما يتعرضه من معوقات.

2- اتجاه لمعاونته ووقايته مما يصادف من عوامل تتصل بالإعاقة ومشكلاتها.

3- اتجاه لقبوله ودمجه مع المجتمع.

وفي ضوء ذلك يمكن تقديم برنامج يستفاد منه في مجال الرعاية للمعوقين عقلياً وذلك

1- مساعدة المعوق نفسه (كلبس الحذاء والملابس والاعتناء بصحته ونظافته بشكل عام).

2- التدريب العملي (كيف يحافظ على صفه ومدرسته وتنظيف غرفته والمحافظة على أثاثه...).

3- التدريب اللغوي (كيف يتعلم أسماء الأشخاص والأشياء القريبة منه، وينطق بطريقة سليمة وكيف يستمع ويرد على الأسئلة، وإصلاح عيوب النطق وممارسة الصحيح منها عن طريق الأجهزة والألعاب التعليمية).

4- التطبع الاجتماعي (كيف يتعلم بعض العادات الصحية وكيف يتحمل المسؤولية والشعور بالانتماء).

5- الأمان (كيف يتصرف بالأشياء التي حوله وكيف يحمي نفسه من كل خطورة كالمواد السامة والكهرباء وغيرها).

6- الصحة (كيف يقي نفسه من الإمراض المعدية وكيف يتدرب على بعض الإسعافات والتدريب على نظافة جسمه والعناية به).

7- المهارات الحركية (كيف يتدرب التدريبات الجماعية والفردية وكيف يتعلم طريقة المشي والصعود... الخ).

8- المهارات الأساسية (وتتضمن القراءة والكتابة والحساب والعلوم والدراسات الاجتماعية والأنشطة المختلفة) (الداهري، **1999**، **162-163**).

الخدمات الإرشادية في مجال التخلف العقلي

لم يعد الاهتمام في مجال التخلف العقلي مقتصراً على وضع المتخلف في مؤسسات خاصة لرعاية وعزله عن البيئة الأسرية والاجتماعية بعيداً عن الأهل والناس والمجتمع بل أصبح الهدف العام لرعاية والتربية والتأهيل بالنسبة للمتخلفين عقلياً هو نسبة الكفاية الذاتية والاجتماعية والمهنية بما يتناسب من مستوى القدرة المتبقية لديهم ولا يقتصر ذلك على تقديم الخدمات للمتخلفين حصراً

بل لابد من تقديمها للأشخاص الآخرين ممن يتأثرون ويؤثرون فيه وفي نموه وفي مقدمتهم الأسرة ويمكن تصنيف الإرشاد النفسي إلى:

1. الإرشاد النفسي للوالدين:

أن الأسرة تحتاج إلى الإرشاد النفسي بشأن العديد من القضايا العامة أو لهما هي كيفية مواجهة الوالدين لهذه الصدمة لأول مرة ومساعدتهم في تنمية مشاعرهم والتفكير بما هو الأفضل لصالح الطفل دون اتخاذ مواقف سلبية تجاهه ومن اجل تبني الموقف السليم تجاه هذه المشكلة يتطلب من الوالدين:

1- قبول الطفل كما هو بإمكانياته المحدودة.

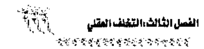
2- التوقف عن النظر إلى حدوث معجزات في شفائه.

3- محاولة العمل على رعاية حاضر ومستقبل الطفل.

أن الموقف السلبي نحو الطفل المتخلف يزيد من معاناة الأسرة بكاملها ويدفعهم إلى التفكير الخرافي وغير العلمي والاستسلام للمعتقدات والأفكار الخاطئة والبعيدة عن المنطق والعقل فالذي يقوم بالإرشاد لا بد أن يكون شخصاً مؤهلاً ويمتلك الخصائص اللازمة لهذه المهمة (الداهري، **1999**، **165**).

2. الإرشاد النفسي للمتخلفين عقلياً

يلاحظ أن التوجيه والإرشاد النفسي للمتخلفين عقلياً لم يهتم به المختصون حيث اقتصر اهتمامهم على فئة التخلف البسيط لان الوصول إلى نتائج الايجابية مع من هم اشد غير ممكنه لذا فالإرشاد النفسي للمتخلفين عقلياً يهدف إلى تنمية لغة المتخلف بنفسه وقدرته على التعبير العاطفي والتحكم بانفعالاته وتنمية معايير



السلوك المقبول وقدرته على طلب المساعدة عند الحاجة إليها والاتجاهات الايجابية نحو الذات والحياة ومواجهة المشكلات المختلفة (الداهري، **1999**، **169**).

3. الإرشاد الجيني الوراثي

يعتبر الإرشاد من أهم الخدمات الوقائية التي يمكن أن تقدم للوالدين بشكل عام أو الذين أنجبوا أطفالاً يعانون أنواعاً مختلفة من الإعاقة وبخاصة التخلف العقلي ونتيجة للتطور الهائل في معرفة الإنسان العلمية في مجال الطب الوقائي وبخاصة في مجال دور الوراثة وما تلعبه الجينات من دور في نقل الخصائص الوراثية السوية فيها وغير السوية فقد أصبح من الممكن التنبؤ بحالة الطفل الصحية (الداهري، 1999، 169).

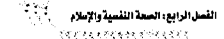
ويمكن تقديم خدمات الإرشاد الجيني لكل من الإباء والأمهات بشكل عام والذين أنجبوا أطفالاً متخلفين بشكل خاص أو الذين أنحرفوا من الأسر التي حدث لها مثل هذا ويزود الإرشاد الجيني الذي يقوم به أطباء متخصصون في مجال الطب الوراثي أو الجيني الذي يهتم بتشخيص الاضطرابات الجينية وتقديم النصح في هذا المجال.

وهناك أساليب أخرى في الإرشاد والعلاج التي تستخدم مع المتخلفين عقلياً منها الإرشاد الفردي **Individual C** والإرشاد الجمعي **Croup.C and Thenpy** والعلاج باللعب **Play Therapy** والعلاج عن طريق الفن والعلاج عن طريق التمثيل وغيرها (الريحاني، **1981**، **322**- **324**).



الفصل الرابع

الصحة النفسية والإسلام



الفصل الرابع

الصحة النفسية والإسلام

بداية الصحة النفسية كما جاء في القرآن الكريم

عندما نتبع نشأة علم الصحة النفسية وتطوره نجد أن موضوعاته قديمة قدم الإنسان، فالقرآن الكريم اخبرنا أن آدم وحواء (عليه السلام) خلقا في أحسن تقويم متمتعين بالصحة النفسية، يشعر أن بالتكريم والاستحسان، والأمن والطمأنينة، ثم وهنت صحتها النفسية عندما خالفا منهج الله وأكلا من الشجرة المحرمة عليهما فشعر بالعجز والقلق والذنب ثم عادت إليهما صحتهما النفسية بتوبة الله عليهما في الدنيا والآخرة والعفو عنهما ثم بين لهما ولذريتهما من بعدهما طريق الصحة النفسية (طريق الهدى) وطريق وهن الصحة النفسية (طريق الشيطان و الشهوات) فمن اتبعه شقي وتعس (مرسي، 1988، 29 – 31).

مفهوم الصحة النفسية في الإسلام

مما لاشك فيه أن الدين الإسلامي قد جاء لمصلحة بني البشر وإنقاذاً لهم مما كانوا يتخبطون فيه من فساد العقيدة وأمراض في النفوس، فهو جاء للناس كافة كدين عالمي وإنساني، والصحة النفسية على أساس النظرة الإسلامية للإنسان تؤكد أهمية أن يعيش الإنسان على فطرته في القرب من الله وسلام مع الناس وسلام وسلامة مع النفس ونجاح في الحياة. وهذا أساساً بديننا وثقافتنا الإسلامية، وهي في نفس الوقت ذو طابع يشمل أبعاد الإنسان الروحية والنفسية والحيوية والاجتماعية.

ولقد نزل القرآن الكريم لهداية الناس جميعاً ولدعوتهم إلى العقيدة والتوحيد ولتعليم قيم وأساليب جديدة لإرشادهم إلى السلوك السوي الذي فيه صلاح

الإنسان وخير المجتمع ولتوجيههم إلى طرق الصحيحة لتربية النفس وتنشئتها تنشئة تؤدي إلى بلوغ الصحة النفسية والتوافق النفسي- للإنسان يقول الله تعالى في ذلك ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ قَدۡ جَآءَتۡكُم مَّوۡعِظَةٞ مِّن رَّبِّكُمۡ وَشِفَآءٞ لِّمَا فِي ٱلصُّدُورِ وَهُدٗى وَرَحۡمَةٞ لِّلۡمُؤۡمِنِينَ﴾ (يونس: 57)

فمن المنظور الديني نرى أن الصحة النفسية أساسها سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء وسلامة العلاقات الاجتماعية بين الفرد والجماعة (سرى، **2000**، **29- 30**).

وعلى هذا الأساس يكون تعريف الصحة النفسية (في الإسلام): بأنها حالة نفسية يشعر فيها الإنسان بالرضا والارتياح عندما يكون حسن الخلق مع الله ومع نفسه والناس.

وقد جاء الإسلام يأمر بحسن الخلق أي يأمر بالصحة النفسية وينهي عن سوء الخلق أي ينهي عن وهن الصحة النفسية ومنها قول الرسول (@): (ما من شيء أثقل في ميزان المؤمن يوم القيامة من حسن الخلق) رواه الترمذي، (أن المؤمن ليدرك بحسن الخلق درجة الصائم القائم) رواه أبو داود، (خصلتان لا تجمعان في مؤمن البخل وسوء الخلق) رواه الترمذي.

واخذ علماء المسلمين وفقهاؤهم عن الرسول مفهوم حسن الخلق واعتبروه أساس فقال ابن عباس (رض الله عنه) (لكل بنيان أساس وأساس الإسلام حسن الخلق) وقال الغزالي (حسن الخلق هو الإيمان وسوء الخلق النفاق).

ويقصد بحسن الخلق أدب العبد مع ربه والالتزام بأمره في الأدب مع نفسه والجسم حتى ينمو ككل متكامل بأبعاده الأربعة الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية وبناء عليه فأن الاتزان النفسي والبدن على حد سواء.

وهكذا نجد أن حسن الخلق يجعل المسلم معافى في بدنه في سلام مع نفسه وانسجام مع الناس وقرب من الله فيشعر بالصحة النفسية التي ينشدها علم النفس الحديث والتي من علاماتها ما يلي:

1- الخلو من التوترات الزائدة والأخطاء الفجة والاضطرابات الواضحة لأنه لا يحقد ولا يحسد ولا يغش ولا يغتاب ولا يسيء الظن بأحد.

2- الاعتدال في التحصيل حاجات الجسم والنفس والروح وفي التحصيل مصالح الفرد ومصالح الجماعة.

3- حسن التوافق مع الناس لأن التمتع بصحة نفسية حسن الخلق هين لين فطن يألف الناس ويألفونه يصلهم و يودهم ابتغاء مرضاة الله.

4- الرضا عن النفس أي قانع بما وهبه الله من قدرات جسمية ونفسية متقبل لواقعه وما قدر له شاكر في السراء صابر في الضراء.

5- الاكتفاء بالله عن الناس وهذا يجعله آمن النفس طيب المعشر راضياً بالحياة.

6- الاجتهاد في تنمية النفس والاستفادة من القدرات والمواهب واثبات الكفاءة في تعمير الأرض.

7- الاستمتاع بعمل الصالحات فالشخص المتمتع بصحة نفسية يحقق ذاته في عمل ما يرضي الله وينفع الناس ويحمل نفسه على حسن الخلق ويكلفها.

8- الإخلاص في العمل لأن المسلم يشعر بمراقبة الله الذي أمره بان يعمل ويجتهد قدر استطاعته.

9- الإقبال على الآخرة فلا يشعر الشخص بهم الدنيا مهما عظمت مصائبنا ولا يحزن على ما فاته ولا يشقيه حرمان (مرسي، **1988**، **107 – 155**) و(المنذوري، **1987**، **403**) و (عمر، **2003**، **4**).

المعيار الإسلامي للصحة النفسية

قسم الإسلام أفعال الإنسان إلى نوعين

- أفعال حسنة حسنها الشرع ويقبلها العقل لآن فيها جلب منفعة أو نفع ضرر قياس الله بها على سبيل الوجوب أو الندب.
- أفعال سيئة قبحها الشرع وينفر منها العقل بطبعه لأن فيها جلب مفسدة أو دفع منفعة فيهني الله عنها على سبيل التحريم أو الكراهية.

وينظر الإسلام إلى الأفعال من ناحيتي الظاهر أو الباطن، فظاهرها ما نراه ونلمسه في سلوك الناس ونحكم عليه في ضوء ما حسنه الشرع أو قبحه، إما باطن الفعل فيرتبط بنية الفاعل من فعله وهو الناس وحده الذي يعرفه ويستطيع الحكم عليها بحسب الشرع في النوايا من الأفعال ومن ناحية الشرعية لا يستطيع احد الحكم على بواطن الأفعال غيره وعليه أن يترك أمرها لله سبحانه فهو الذي يحاسب عليها.

وعلى هذا فان السلوك السوي في المعيار الإسلامي هو عمل الواجب أو المندوب أو المباح ابتغاء مرضاة الله أو اجتناب عمل المحرمات أو المكروهات أو إهمال للواجبات المفروضة مع القدرة عليها أو في عمل الواجب مع فساد النوايا في عملها أو فيه مبالغة في إشباع حاجات الروح في حاجات الجسم أو بالعكس.

ويمتاز المعيار الإسلامي بعدة مميزات تجعله متفوقاً على ما عداه من المعايير الوضعية ومنها:

1- قيامه على قواعد تناسب فطرة الإنسان الخيرة ويدركها عقله السليم، فربط السوي بالفعل الحسن والسلوك المنحرف بالفعل السيئ وهو مرهون بحكم الله فيه لا يهوى الفرد أو رضا الجماعة.

2- تقديم قواعد للسلوك ثابتة لا يختلف باختلاف الزمان أو المكان موضوعية لا تتأثر بتغيير الإفراد أو المجتمعات.

3- جمع مميزات المعايير الذاتية والاجتماعية والإحصائية من الهوى والتعصب والفساد والتحيز التي قد تصيب الفرد والجماعة. فالفرد المسلم حكماً على سلوكياته الإرادية ظاهرها وباطنها لأنه هو الذي يختار ها، ولم يترك الإسلام يشرع لنفسه حسب هواه بل أمده بقواعد من عند الله يرجع إليها في إحكامه على سلوكه وسلوك غيره. وجعل الإسلام التقبل الاجتماعي محكاً للسلوك، فالسلوك السوي هو الذي يتفق مع القيم المجتمع الإسلامي وعاداته وتقاليده وأعرافه ويرضي عنه الناس ويقبلوه وعكس ذلك السلوك المنحرف ولم يترك الإسلام المجتمع يشرع لنفسه الحلال والحرام حسب ما يرضي الناس بل ضبط قيم المجتمع وعاداته وتقاليده بشرع الله. واخذ المعيار الإسلامي بمبدأ الوسيط الذي يقوم عليه المعيار الإحصائي وربطه بشيوع السلوك عند معظم الناس في المجتمع وطبقه على السلوكيات التي حسن الشرع الوسيطة فيها وقبح طرفيها مثل الإنفاق، وهناك سلوكيات أخرى ذات اتجاه واحد في الحسن أو القبح مثل الأمانة (مرسي، **1988**، **165- 169**).

شروط الصحة النفسية في الإسلام

أن المتتبع لموضوع الصحة النفسية في مصادر الدين الإسلامي يجد شروط التي يجب توفرها لتحقيق الصحة النفسية هي ما يلي:

1- الإيمان بالله وملائكته ورسله واليوم الآخر وقضائه وقدره.

2- سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك وأمراض الشهوة والغي.

3- عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء أو لمطالب النفس اللوامة المغالية.

4- سلامة الجسم من الأمراض وقوته.

5- سلامة النفس من الهم والحزن والعجز والكسل والجبن والبخل وغلبة الدين وقهر الرجال.

6- التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسؤولية الاجتماعية والشعور بآمال وإلام الجماعة ومشاركتهم أفراحهم.

7- حسن الخلق وهو إن يتعامل الفرد مع الله ومع نفسه ومع الناس معاملة حسنة (سرى، 2000، 31- 32) و (محمد ومرسي، بلا، 19).

منهج الإسلام وتحقيق أركان الصحة النفسية

يحقق منهج الإسلام أركان الصحة النفسية في بناء شخصية المسلم بتنمية هذه الصفات الأساسية:

1- قوة الصلة بالله: وهي أمر أساسي في بناء المسلم في المراحل الأولى من عمره حتى تكون حياته خالية من القلق والاضطرابات النفسية.

2- الثبات والتوازن الانفعالي: الأيمان بالله يشيع في القلب الطمأنينة والثبات والاتزان ويقي المسلم من عوامل القلق والخوف والاضطراب.

3- الصبر عند الشدائد: يربي الإسلام في المؤمن روح الصبر عند البلاء عندما يتذكر قوله تعالى ﴿وَٱلصَّٰبِرِينَ فِي ٱلْبَأْسَآءِ وَٱلضَّرَّآءِ وَحِينَ ٱلْبَأْسِ ۗ أُو۟لَٰٓئِكَ ٱلَّذِينَ صَدَقُوا۟ ۖ وَأُو۟لَٰٓئِكَ هُمُ ٱلْمُتَّقُونَ﴾ (البقرة: 177)

4- المرونة في مواجهة الواقع: وهي من أهم ما يحصن الإنسان من القلق أو الاضطراب.

5- التفاؤل وعدم اليأس: فالمؤمن متفائل دائماً لا يتطرق اليأس إلى نفسه فقد قال

تعالى: ﴿ وَلَا تَاْيْئَسُواْ مِن رَّوْحِ ٱللَّهِ إِنَّهُۥ لَا يَاْيْئَسُ مِن رَّوْحِ ٱللَّهِ إِلَّا ٱلْقَوْمُ ٱلْكَٰفِرُونَ ﴾ (يوسف: **87**)

6- توافق المسلم مع نفسه: إذا انفرد الإسلام بأن جعل سن التكليف هو سن البلوغ للمسلم وهذه السن تأتي في الغالب مبكرة عن سن الرشد الاجتماعي الذي تقرره النظم الوضعية وبذلك يبدأ المسلم حياته العملية وهو يحمل رصيداً مناسباً من الأسس النفسية السليمة التي تمكنه من التحكم والسيطرة على نزعاته وغرائزه وتمنحه درجة عالية من الرضا عن نفسه بفضل الإيمان والتربية الدينية الصحيحة التي توقظ وتقوي صلته بالله.

7- توافق المسلم مع الآخرين: الحياة بين المسلمين حياة تعاون على البر والتقوى والتسامح هو الطريق الذي يزيد بينهم ويبعد البغضاء وكظم الغيظ والعفو عن الناس دليل على تقوى الله وقوة التوازن النفسي (فتحي، **2005**، **1**- **5**).

الصحة النفسية والإسلام

عند تتبع نشأة علم الصحة النفسية وتطوره نجد أن موضوعاته قديمة قدم الإنسان، فالقرآن الكريم أخبرنا أن آدم وحواء (عليهما السلام) خلقا في أحسن تقويم، وان الله يبارك وتعالى، وفر لهما شروط من الأمن والطمأنينة ثم وهنت صحتها النفسية عندما تفاعلا مع (إبليس) ودعاهما إلى الأكل من الشجرة المحرمة عليهما فشعرا بالذنب والقلق والتوتر وعدم الكفاءة، ثم عالج الله سبحانه وتعالى، ما أصاب آدم وحواء من وهن في صحتهما النفسية بالتوبة عليهما والعفو عنهما، ثم بين لهما لذريتهما من بعدهما طريق الصحة النفسية، طريق الهدى، وطريق وهن الصحة النفسية هو طريق الشيطان والشهوات (مرسي، **1988**، **29**-**30**).

والنظرة الإسلامية للصحة النفسية تؤكد أن يعيش الإنسان بقرب من ربه

وسلام مع نفسه ومع الناس، وهكذا فتح الإسلام أبواب أصلاح النفس، ففي هذا المنهج سلامة القلوب وتزكية النفوس وشفاء لما في الصدور (مرسي، 1988، 35).

أن الصحة النفسية: هي حالة نفسية يشعر بها بالرضا والارتياح عندما يكون حسن الخلق مع الله ومع نفسه والناس. حيث قال الرسول (صلى الله عليه وسلم): (إنما بعثتُ لأُتمم مكارم الأخلاق). ومن علامات الصحة النفسية وفق المنظور الإسلامي:

1- الخلو من التوترات الزائدة والأخطاء القيمة والاضطرابات.

2- الاعتدال في تحصيل حاجات الجسم والنفس والروح.

3- الرضا عن النفس أي قانع بما وهبه الله من قدرات.

4- الاكتفاء بالله عن الناس وهذا يجعله آمن النفس طيب المعشر.

5- الاستمتاع بعمل الصالحات.

6- الإخلاص في العمل.

7- الإقبال على الآخرة فلا يشعر الشخص بهم الدنيا مهما عظمت مصائبها (عمر، 2003، 4).

العلاقة بين الدين الإسلامي والصحة النفسية

1- هي علاقة الكل بالجزء.

2- هي علاقة الثابت بالمتغير.

وعلى هذا الأساس فان حدود الإسلام تشمل الصحة النفسية وحدود الصحة النفسية لاتشمل الإسلام، وان الإسلام دين باق، والصحة النفسية قواعدها

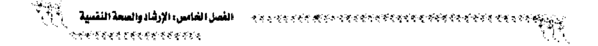
متغيرة مع تقدم العلم والمعرفة وتختلف مع العمر من مرحلة إلى مرحلة أخرى، وتختلف مع الزمن من جيل إلى جيل آخر، ومن مفهوم أو مدرسة إلى مفهوم ومدرسة أخرى.

الإسلام عقيدة والصحة النفسية علم والعقيدة دين لا يؤتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه، والصحة النفسية كعلم معرض للخطأ والصواب تحكيماً وطريقاً وتعديلاً (شاهين، **2006**).



الفصل الخامس

الإرشاد والصحة النفسية



الفصل الخامس

الإرشاد والصحة النفسية

مقدمة

ظهر الإرشاد نتيجة لالتقاء عدة تيارات فكرية تهتم بالفرد من ناحية تكيفه للحياة المهنية أو المدرسية أو الاجتماعية أو الشخصية ولاشتراكها جميعاً بالمقابلة الشخصية، والتي هي مواجهة بين شخصين احدهما يطلب المساعدة والآخر مهيأ لان يقدم له هذه المساعدة.

ويهدف الإرشاد إلى مساعدة الفرد للتغلب على مشكلات التي تواجهه والتي لا يستطيع أن يتغلب عليها بمفرده.

فالإرشاد هو ميدان من علم النفس التطبيقي يسعى بطريقة الوقائية والنمائية والعلاجية إلى تحقيق الصحة النفسية للفرد.

الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

نشأ الإرشاد النفسي نتيجة لالتقاء عدة تيارات فكرية أهمها التوجيه التربوي والمهني والعلاج النفسي- والصحة النفسية والخدمة الاجتماعية. وتشترك هذه التيارات جميعها في أنها تهتم اهتماماً واضحاً بالفرد من ناحية توافقه للحياة المهنية أو المدرسية أو الاجتماعية أو الشخصية، وقد أدى ذلك إلى ظهور ميدان جديد في علم النفس التطبيقي هو ميدان (الإرشاد النفسي) وهو يهتم بالفرد لمساعدته على التغلب

على المشكلات التي تواجه والتي لا يستطيع أن يتغلب عليها بمفرده. أن السبب الذي أدى إلى نشأة الإرشاد النفسي نتيجة لالتقاء التيارات السابق ذكرها، هو أنها تشترك جميعاً في المقابلة الشخصية **Interview** من حيث أنها مواجهة بين شخصين احدهما يطلب المساعدة والآخر مهيأ لأن يقدم له هذه المساعدة التي يطلبها، سواء كانت المشكلة التي تتطلب الحل ترتبط بالحياة الدراسية أو المهنية أو الاجتماعية أو الشخصية للفرد. وقد أكد البعض أن المشكلات التي يعالجها الإرشاد النفسي تتضمن جميع المشكلات التي يمكن أن يعاني منها الفرد ما دامت ذات صيغة انفعالية بسيطة في حين أن البعض قصرها على المشكلات الانفعالية دون غيرها.

وجعلها آخرون مرادفاً للعلاج النفسي كما فعل (روجرز) **Rogers**. غير أن الباحثين المعتدلين يذهبون إلى أن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يشتركان في الأساليب التي يستخدمانها، ولكنهما يختلفان في درجة الصعوبة الانفعالية التي يعالجها كل منهما ودرجة التحليل الذي يقوم المرشد أو المعالج النفسي لشخصية الفرد الذي يطلب المساعدة. يضاف إلى ذلك أن الإرشاد النفسي يهتم بالفرد اهتماماً يفوق الاهتمام بالمشكلة، إذا ما قورن بالتوجيه، أنه يهتم بالنواحي السوية للفرد أكثر من النواحي الشاذة منه إذا ما قورن بالعلاج النفسي (مرسي، **1976**).

كما أن للإرشاد النفسي دوراً كبيراً في عملية التعلم، حيث ثبت بالتجربة أن التعلم المقترن بالإرشاد أفضل بكثير من التعلم بدونه. بل إن الرغبة في التعلم قد لا تؤدي الغرض المنشود منها من دون أرشاد ذلك أن المتعلم أن تدرك وشأنه فقد يصطنع طرقاً عميقة أو خاطئة أو تحتاج إلى بذل كثير من الجهد والوقت (راجح، **1978**).

الصحة الإنسانية

النفس Psyche

النفس الإنسانية متاهة ما زالت منذ القدم وحتى اليوم غامضة ومغلقة في الكثير من نواحيها وقف قديماً تجاهها حائراً مستخدماً كل ما في طاقته من رقي وتعاويذ ليدفع شياطينها تارة ومستعملاً عقله وفلسفته تارة أخرى للوصول إلى أغوارها، فاكتسبت تلك النظريات الحضارات مادة أعطتها ميزاتها وشخصيتها ولاسيما الحضارة الإسلامية فقد شمل مفهوم النفس حقلاً واسعاً من حقول الفلسفة. وذهب ابن سينا إلى أن العقل يؤثر في الجسم بتوسط تلك النفوس. وان النفس وسيطة بين عالم العقول وعالم الأحياء. وعد ابن رشد النفس كمال الجسد.

أما لغوياً فنجد للنفس مفاهيم خلقية مجردة فهي علاوة على كونها في اللغة تعني الشخص والروح فهي تعني أيضاً الدم والعزة والهمة والإرادة والسخاء والبخل... الخ وهي صفات أخلاقية نفسية. وعند الإغريق استخدمت كلمة النفس **Psyche** لتعني الروح. وجاء لفظ النفس في القرآن الكريم في (143) آية يقصد بها الفرد أو الشخص تارة والروح تارة أخرى. كما يعطي قاموس أكسفورد المعنى نفسه وهو الروح لكلمة النفس. هذا من ناحيتها الفلسفية، أما من الناحية العلمية المستعملة في علم النفس فتعني الجزء غير الملموس من الفرد (الجادري، **1990**).

علم الصحة النفسية

يقصد به الدراسة العملية للصحة النفسية، أي لعملية التكيف (ما يعين عليها وما يعوقها وما يبعث فيها الاضطراب والإشكال المختلفة لهذا الاضطراب) وذلك حتى يكون من الممكن الإبقاء على هذا التكيف، ووقايته مما يتهدده من أشكال الاضطراب وعلاج الفرد منها. (مخيمر، **1975**).

الصحة النفسية يمكن تعريفها بأنها حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة ومع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستقلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة، ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش بسعادة. (زهران، **1978**).

المنطلقات النظرية في الصحة النفسية

1- الصراع والقلق: ظهر الصراع منذ ظهور الإنسان على الأرض وكانت صراعات مفروضة من الخارج (البيئة) صراع مع الطبيعية وأدى به هذا الصراع إلى أن يقلق ومع تطور الحياة بدأ صراع آخر بين إنسان وإنسان ثم تطورت الصراعات وأصبحت بين الأنظمة والدول وسميت بمسميات متعددة. ومن الطبيعي ان يولد الصراع الذي يعانيه الفرد صوراً من الخوف وعادة ما يصاحبه القلق.

2- الحضارة المعاصرة: وتركز على الانفجار المعرفي في جوانب الحياة وما نتج عنه من تطبيقات لهذه تكنولوجياً (الداهري، **1999**).

مراحل تطور الصحة النفسية

1- المرحلة التي سبقت القرن السابع عشر حيث كان ينظر الى الاضطرابات النفسية في التجاهين (الشيطاني **Demonological**) وهو وجود عوامل غامضة تؤثر في سلوك الأفراد تتمثل في الأرواح والشياطين و(الطبيعي **Naturalistic**) الذي يرفع السلوك الغريب إلى عمليات جسمية بطريقة طبيعية.

2- المرحلة التي جاءت في أواخر القرن الثامن عشر واستعمل فيها العلاج المعنوي.

3- المرحلة التي جاءت في أواخر القرن التاسع عشر، والتي انصب الاهتمام فيها بالجوانب البيولوجية للأمراض وظهور نظريات في العلاج النفسي- على يد (فرويد وجانيت وشاكور) وخلال هذه المدة انصبت التركيز على الاتجاه العضوي الذي يبحث في تلف الأنسجة، أو اختلال الغدد الصماء، والاتجاه النفسي الذي يرجع المرض النفسي إلى عوامل نفسية ترتبط بالتنشئة والعمليات اللاشعورية، أما الاتجاه النفسي الداخلي فيرجع الاضطرابات النفسية إلى أعماق الشخصية وما يحدث فيها من اختلال وصراع، فيما يرجع الاتجاه السلوكي السلوك الغريب إلى التعلم.

4- مرحلة بدايات القرن العشرين التي بدأت بمجهود (بيرز) إذ بين المعاملة غير الإنسانية التي يتلقاها المرضى في المستشفيات.

5- مرحلة علم الصحة النفسية الذي يسعى إلى قواعد حفظ الصحة النفسية من النواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

المحافظة على الصحة النفسية

لكي يتمكن الفرد من الحفاظ على صحته النفسية عليه أولاً إن يعرف جيداً ويقرر نقاط الضعف والقوة ويحدد إمكاناته وان يتعلم حل مشكلاته بالطرق العلمية الصحيحة، كذلك عليه أن يتخذ هدفاً في الحياة يترئم وقابليته وعليه أن يكون صريحاً وصادقاً وأميناً مع نفسه ومع الآخرين كما أن الصداقة الجيدة لها دور مهم في الحفاظ على الصحة النفسية وعدم التفكير في الماضي وكثرة التحسر عليه وان يركز الفرد في حاضره ويتقن أعماله بدون إرهاق (الزبيدي، 2004). وللأيمان بالله ورسله والديانات السماوية ظاهرية بالغة وكبيرة في المحافظة على الصحة النفسية.



الفصل السادس

النظريات التي فسرت الصحة النفسية

الفصل السادس

النظريات التي فسرت الصحة النفسية

أولاً: نظريات التحليل النفسي

يرى (فرويد) أن الجهاز النفسي يهدف إلى تحقيق حالة من الاتزان ومستوى منخفض من الاستثارة، فإذا تعرض الفرد إلى مثير داخلي أو خارجي فان حالة الاستثارة التي يشعر بها الفرد تدفعه إلى القيام بنشاط جسمي أو عقلي معين، لكي يتخلص من هذه الحالة ويعود إلى حالته الأولى قبل تعرضه للمثير، ويرى فرويد أن حالة الاستثارة وعدم الاتزان الناشئ عنها يضايق الفرد ويجعله يشعر بحالة من الضيق والتوتر، وان نشاط الفرد من اجل تخفيض مستوى الاستثارة هي حالة سارة، فالفرد لابد أن يكون في حالة نشاط في سبيل إطفاء مصدر استثارته إذ كلما تزداد لديه الاستثارة قابلها زيادة في معدلات عدم الاتزان فيشعر الفرد بالضيق والتوتر وعدم الرضا، وكلما انخفضت حالات الاستثارة ازدادت معدلات الاتزان فيشعر بالارتياح والاستقرار النفسي وهذا الأمر مرهون بما يبذله الفرد من نشاط لكي يحقق لنفسه أهدافه وحاجاته. ويعيد اتزانه الانفعالي أي يحقق لنفسه مستوى جيد من الصحة النفسية، فالاتزان ليس ثابتاً مطلقاً والنشاط يفسر الاتزان وعدمه (الخالدي، 2001، 94).

يعتقد فرويد أن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية والشخصية المتوافقة مرهونة بقوة الأنا، أن الأنا وظيفتها الدفاع عن الشخصية والعمل على توافقها مع البيئة وحل الصراع بين الفرد والواقع أو بين الحاجات المتعارضة، والعمل على

أحداث التوازن بين ألهو (ID) التي تتطلب الإشباع والانا الأعلى التي تعارض الإشباع إلا في ظل الإطار الاجتماعي، فإذا فشلت الأنا (Ego) في هذه الوظائف بخاصة في إحداث التوازن بين ألهو والانا والانا الأعلى فان الفرد يكون معرضاً لسوء التوافق (الشاذلي، **2001**، **70**).

يرى فرويد أن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد القادر على ضبط غرائزه ودوافعه البدائية، وعندما لا يسمح للقيم المثالية بعزله عن الواقع، وهو عند إشباع دوافعه وتحقيق مستوى معين من تطلعاته المثالية فانه لا يبالغ في الإشباع، أنما لابد أن يكون إشباعاً متزناً وان تكون وسائل الإشباع عن الآليات الدفاعية اللاشعورية، وتكون وسائل واقعية وهو على وعي تام بأدائها وإبعاد هذا الأداء (الهابط، **1995**، **89**).

ثانياً: النظريات النفسية اجتماعية

في أواخر القرن التاسع عشر بدأ علم الاجتماع وعلم الانثروبيولوجيا في الظهور كعلمين مستقلين، وقد وج الباحثون في هذين المجالين أن الأفراد لديهم القابلية على التشكل والتطبع إلى حد كبير، وان الإنسان هو نتاج المجتمع الذي يعيش فيه وشخصية اجتماعية أكثر منه بيولوجية، وبالتدريج بدأت المبادئ الاجتماعية والحضارية الجديدة في التسرب إلى علم النفس ومدرسة التحليل النفسي للتخفيف من تبينها للأسس الفطرية وشرعت في إعادة صياغة نظرية التحليل النفسي وفقاً للاتجاه الجديد من العلوم الاجتماعية ومن أبرزه منظري هذا الاتجاه الجديد (يونج، الفريد ادلر، اريك فروم، كارين هورني، وسولفيان، واريكسون)، وقد ابتعد كل منهم عن التفكير الفرويدي الكلاسيكي الذي يركز بالأساس على الدوافع والغرائز الفطرية والتكوينية (العبيدي وداود، **1990**، **165**).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاضطرابات النفسية مرتبطة أساساً بظروف الفرد الاجتماعية والاقتصادية وكذلك بظروف ومحتوى عملية التنشئة الاجتماعية فالفقر والتفكك الأسري وإهمال الطفل أو رفضه والضغوطات الاجتماعية والتفاوت الحاد بين الطبقات الاجتماعية هي المسؤولة عما يعانيه الفرد من اضطرابات مما ينعكس سلباً على صحته النفسية (عبد الغفار، **1977**، **275**).

أكد (ادلر) على العوامل الاجتماعية لما لها دور في حياة الفرد وان سعادة الإنسان ونجاحه مرتبطان باهتمامه الاجتماعي وهذا يعني بالسعادة الاجتماعية وليست السعادة الفردية، ويعتقد بان غياب الشعور بالانتماء إلى المجتمع عند الفرد يقوده إلى المرض النفسي، وان هدف العلاج الفردي عنده هو الاهتمام الاجتماعي، وان أحساس الفرد بالغربة في مجتمعه هو سبب المرض النفسي ويؤكد على أهمية العلاقات الاجتماعية بين الناس في الحب والعمل والإنتاج وتحمل المسؤولية (العزة وعبد الهادي، **1999**، **29- 30**).

أكد (ادلر) أن الفرد يتجه نحو تحقيق غايات محددة تمثل في التخلص من النقص والسعي نحو الكمال الذي يجعل الإنسان يشعر بالسعادة والطمأنينة وان شعور الإنسان بالنقص يدفعه إلى التسامي (العبيدي وداود، **1990**، **173**).

ركزت (كارين هورني) على الخصائص المتعلمة للسلوك المضطرب المكتسب من الأسرة والثقافة الاجتماعية للفرد، وأكدت على العلاقات الأسرية داخل الأسرة في سنوات الطفولة وتشير إلى أن السلوك الإنساني يتعقد أكثر فأكثر في سن النضج نتيجة لعلاقات الفرد مع الآخرين وركزت على الحاضر أكثر من الماضي ولقد أكدت (هورني) بان السلوك الإنساني قابل للتغير وانه يحاول أن يحقق لنفسه الأمن والرضا

كما أولت اهتماماً لأثر البيئة في السلوك وركزت على العلاقات الشخصية وطرق التنشئة الأسرية السوية التي تشجع على الحب والاحترام وان تبتعد الأسرة على استخدام السيطرة والتساهل لأنها تعيق النمو السليم (شلتز، 1998).

أن النظريات النفسية الاجتماعية تؤكد على الأتي:

1- أن الإنسان ليس قلقاً بطبيعته ولكن ينشأ القلق بفعل ظروف اجتماعية عائقة تولد له القلق، فالفرد الذي ينشأ في ظل مجتمع تنافسي تشيع فيه البطالة والجريمة يكتسب القلق أما المجتمع الأمن يؤدي إلى شعوره بالأمان وعدم الشعور بالقلق.

2- أن الإنسان ليس عدوانياً بالطبيعة ولكن العدوان ينمو نتيجة الاحباطات التي تواجهه، وإذا كان مصدر الإحباط قوي فقد يلجأ الفرد إلى الانسحاب أو الخضوع.

3- إن الإنسان يعي تصرفاته جيداً، النظريات النفسية الاجتماعية لم تؤكد على الدوافع اللاشعورية.

4- أن الشخصية السوية والشاذة تتشكل بالمؤثرات الاجتماعية، ولم تهمل النظريات النفسية الاجتماعية دور العوامل البيولوجية (العبيدي وداود، **1990**، **192-194**).

ثالثاً: النظريات السلوكية

المدرسة السلوكية تعد التعلم المحور الرئيس، إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، لذا فان الصحة النفسية تمثل اكتساب الفرد عادات مناسبة وفعالة تساعده على التعاون مع الآخرين في مواجهة الواقف التي تحتاج إلى اتخاذ

قرارات، فنجاح الإنسان في توافقه مع جسمه ونفسه ومجتمعه هو المعيار الدال على أن الفرد يتمتع بصحة نفسية، ترى المدرسة السلوكية أن هناك بعض المواقف إذا صادفها الفرد تضطرب صحته النفسية وعليه أذا لم يصادف مثل هذه المواقف لت تتأثر صحته النفسية والمواقف هي:

1- فشل الفرد اكتساب سلوكيات ناجحة تساعده على التوافق مع نفسه ومع بيئته.

2- نجاح الفرد في اكتساب سلوكيات ضارة مرفوضة من المجتمع مهددة لتوافقه السوي.

3- تعرضه لمثير ما يخلق لديه حالة من التوقع والشك والخوف من المستقبل.

4- معايشة للصراع النفسي الناتج من وضعه في موقف الاختيار.

وعليه فان الصحة النفسية للفرد سوية كانت أم غير سوية هي نتاج لعملية التعلم والتنشئة التي يتعرض لها الفرد إليها الفرد مضافاً الظروف البيئية التي تحول دون أحساس الفرد بالأمن المستقبلي أو تضعه باستمرار في مواقف الاختيار ذي البدائل المحدودة جداً.

يرى (بافلوف) أن اضطراب الصحة النفسية ينشأ بسبب أخطاء في تاريخ التعلم الشرطي للفرد، حيث يرى ان نمو الشخصية وتطورها يعتمد على عمليات التمرين والتعود في الصغر، والسلوك غير السوي ما هو إلا تعبير عن خطأ مزمن في عمليات الارتباط بين المثير والاستجابة، ونتيجة لخطأ في عملية التدريب في الغر مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل.

يرى (سكنر) أن المهارات الاجتماعية وأنماط السلوكية المختلفة تنمو وتتطور بفعل عمليات التعزيز الذي يحدث أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية، وعندما لا تنمو تلك المهارات والأنماط بسبب التعزيز غير الملائم، فان الفرد يستجيب إلى

المواقف الاجتماعية بطريقة غير سليمة (بطرس، 2008، 167) و (عبد الله، 2007، 115).

رابعاً: النظريات الإنسانية

ترى النظرية أن الإنسان في حالة من النشاط والنمو المستمر وهو دائماً يرنو إلى الأفضل، فهو يستطيع أن يحقق إنسانيته ولذلك ظهرت مصطلحات ارتبطت بالصحة النفسية مثل تحقيق الذات والعطاء والتلقائية والإبداع، وان الإنسان حر بما يناسبه من أوجه النشاط في تحقيق اتزانه الانفعالي وضمن حدود معينة مما ساعد على ظهور مصطلحات أخرى في مجال الصحة النفسية مثل الإرادة وقوة الإرادة، وان الصحة النفسية وفقاً للمدرسة الإنسانية هو تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، وهذا لايتاتي إلا بممارسة حريته وان يدرك مداها وحدودها ويتحمل مسؤوليتها ويكون قادراً على التعاطف مع الآخرين وكذلك على حبهم ملتزماً بقيم عليا مثل الحق والخير والجمال... وان يشبع حاجاته الفسيولوجية والنفسية إشباعاً متزناً (الخالدي، 2001، 47).

يرى (ماسلو) إن الشخص الذي يتمتع بصحته النفسية هو الفرد الذي حظي بإشباع حاجاته الأساسية ومحقق لذاته، وان الشخص حاجاته الأساسية ومحقق لذاته، وان الشخص المحقق لذاته وفق رأي (ماسلو) هو الفرد الذي أنجز مستوى عال من التوافق ويستطيع أن يصدر إحكاماً جديدة، ويتملك القدرة على النمو الشخصي، ومثل هؤلاء الإفراد يحصلون على المصدر الرئيسي للرضا من خلال نموه وتطورهم الفرد، كما أنهم لا يعانون من التهديد والقلق والصراعات والتوتر.

ويؤكد (روجرز) أن الفرد إذ تلقى تقديراً ايجابياً مستمراً وغير مشروط من لديه شخصية سليمة ويشعر بصحة نفسية، فإذا أحس الطفل بالحب دائماً من

الآخرين، حتى وإذ لم يكن بعض سلوكه مقبولاً به، فإن الطفل سيتلقى اعتبار غير مشروط للذات. وهذه الظروف ستؤدي إلى نمو شخصية سليمة، لأنه إذ لم تنشأ شروط للتقدير فإن التقييم الذاتي للإنسان وحاجته إلى الاعتزاز والاحترام والتقدير الايجابي من الآخرين تتفق كلها مع بعضها البعض أي تكون متسقة، ويعتقد روجرز أن السلوك الذي يجلب نتائج ايجابية للفرد لن يكون مشبعاً من الناحية الشخصية فحسب بل سينال التقدير الايجابي أيضاً من المجتمع (الأمام وآخرون، **1991**، **114**).

وبصورة عامة فان النظرية الإنسانية ترى أن التوافق يمكن تفسيره على وفق اتجاهات النمو عند الإفراد، وان التوافق السوي عملية مستمرة طول الحياة ترجع إلى ما يسمى بتحقيق الذات (**Bruin, 1983, p87**).

خامساً: النظريات المعرفية

ترى النظرية المعرفية أن التوافق يعتمد على طريقة التي يفسر فيها الإفراد الحوادث في البيئة وكيف يقيمون هذه الحوادث وان الذي لديه توافق هو الفرد الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على صحته النفسية من خلال استخدام المهارات المناسبة في حل المشكلات، إما الفرد الذي لايتمتع بصحة نفسية يشعر بالعجز من الاستجابة بفعالية لمطالب البيئة (الأحداث) ويستخدم استراتيجيات غير مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية التي تواجهه.

يرى (بيك) أن الفرد يستجيب للخبرات بشكل محرف غير واقعي فإذا كانت استجابتنا وفقاً لتعريفات لا للواقع الحقيقي أذن الانفعال سيأتي تبعاً للوهم والتحريف وليس تبعاً للحقيقة.

يرى (بيك) أن سبب الاكتئاب هو أسلوب الفرد في التفكير، فالفرد المكتئب هو شخص متشائم يعاني من تحيز إدراكي نحو الإبعاد السلبية في الخبرات، وان

التفكير الاكتئابي هو نتاج الخلل في البيئة المعرفية وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل الفشل، فقدان عزيز... الخ

ويؤكد (بيك) في الأسلوب العلاجي على الفرد نفسه أو على المتعالج من خلال التقريرات التي يعبر فيها الفرد عن الإحداث فالفرد الذي يلصق بالحدث معنى غير واقعي تتوقع انه يعاني استجابة انفعالية غير ملائمة للحقيقة، وهكذا يجعل (بيك) من الاضطرابات وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض وبهذه الحالة سيطمئن المريض أن الاضطراب الذي يعانيه لايعد وكونه ضرب من ضروب سوء الفهم للمواقف القابلة للتصحيح. فالإنسان ليس رهينة للتفاعلات الكيماوية أو نزوات عمياء وإنما هو كائن عرضه للتعلم الخاطئ والأفكار الخاطئة ولديه القدرة على تصحيحها.

ويؤكد (كيلي) على الطريقة أو الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى المواقف والإحداث يرى كيلي أن الإنسان عالم بالفطرة حيث يقوم بملاحظة الإحداث وصياغة الفروض حول ما يلاحظه محاولة من للوصول إلى التوافق وتحقيق الصحة النفسية، وهو قادر على التنبؤ والسيطرة على الإحداث في حياته وقادرون على العمل بأسلوب عقلاني.

يرى (كيلي) بأن الإفراد يكونون معارف عديدة خلال التعامل مع المواقف والإحداث والأشخاص ونريد من معارفنا وخبراتنا من خلال التفاعل مع أفراد وأحداث جديدة، كما أن المعارف الحالية تحتاج إلى التعديل والتحسين لان الأحداث والأشخاص يتغيرون مع الزمن، لذلك يجب أن تتوفر معارف بديلة دائماً وان الفرد يشعر بالتوتر حينما يكون نظامه لايفسر كافة البيانات المتوفرة.



الفصل السابع

الصحة النفسية والنمو

الفصل السابع

الصحة النفسية والنمو

سنقوم بتوضيح بعض الاضطرابات التي تصيب النمو كبعض الاضطرابات في العمل الوظيفي الاعتيادي التي يمكن ان ينشأ أثناء الطفولة وقد أخذت بنظر الاعتبار المرض النفسي الرئيسي وغير الرئيسي- و الشذوذ النفسي- الذي تكون له عواقب كما يجب أن نشرح بالضرورة الشذوذ الجسمي الذي تكون له نتائج نفسية كما للنتائج النفسية من عواقب من الاضطراب النفسي.

أن ليس من السهل أن رسم دائماً الحد المميز بين السوي والشاذ ولكنه بصورة تقريبية اعتبرت على الأطفال الذين يحتاجون إلى مساعدة خاصة من اجل أن يسايروا الناس أو الذين لا يقدرون أطلاقاً على الحياة المستقلة هكذا اضطرابات أو عدم صلاح لدى الأطفال سوف يرينا الشاذ في الوظائف وغالباً ما يكون الوضوح في منطقة خاصة مع العلم أن الغموض ترينا عادة أن السلوك يكون في مناطق أخرى تدخل ضمن ذلك المرض النفسي مشكلة عامة ولأنه لا التحليلات ولا العلاج استطاعا بالضبط التثبيت أو التسليط الضوء على مظهر واحد أو علامة واحدة.

هذا وان الأبوين والكبار الآخرين يعتبرهم المهم حول كيفية تطويرة :

* مص الأصابع.
* التبول الليلي.
* السرقة.
* بعض المشكلات الخاصة.

في كل مرحلة من مراحل النمو توجد بعض الطرق للسلوك التي تكون به بمقاييس غير معقولة وفريدة من نوعها أو تدل على الاضطرابات بينما تكون صالحة كلياً ومناسبة للعمر وسوف نتعامل مع المظاهر التي يمكن ان يصبح الآباء والمعلمون حذرين منها وقلقين حولها مادام أن هكذا مظاهر يمكن أن تشوش النمو الاعتيادي يجب أن يضع القاري في ذهنه كل مراحل النمو وعلى العموم أن حالة المرض النفسي يمكن أن تعتمد علة واحد أو أكثر من النماذج الآتية:

1- غلطة الهبة الوراثية.

2- تلف الجهاز العصبي قبل الولادة.

3- ضعف القدرة الجسمية التي تجعل الطفل عرضه للاضطرابات الانفعالية.

4- العوامل المحلية بسبب حادثة أو العوز في واحد أو أكثر من المقومات المهمة في تربية وتنشئة الطفل.

5- الوسط الانفعالي العام الذي يعيش فيه الطفل، نسق من الظروف التي تجعله من المستحيل أن يعيش بسلام مع الناس.

وخيراً سوف استعرض في نهاية الفصل بعض الحالات من المحيط التي تساعد على نمو الشاذ ومن الجدير بالإشارة أننا يجب إن نتقبل بكل صراحة، أننا غالباً ما نكون غير قادرين على حساب اضطرابات السلوك والنمو رغم انه توجد أسباب جسمية واضحة قد تم تحديدها ويمكن إن نشاهد أنها غالباً ما تكون مرتبطة وممتزجة بنتائجها النفسية والمحلية، وانه من المستحيل تحليل الجزء الذي يلعبه كل جسم في سلوك الطفل، علماً بأنه في بعض الحالات لا توجد أسباب شافية مهما بالغنا في استنفاد النظر في التاريخ الشخصي للطفل.

وسنتاول كل مرحلة من مراحل النمو بالتعاقب

مرحلة الطفولة المبكرة

أن أكثر مشكلات النفسية التي تظهر خلال فترة الطفولة تكون جسمية في الاصل وهي بالتأكيد ذات طبيعة وراثية مثل الأوجه المختلفة والإشكال المتنوعة للنقص العقلي والتي تكون سبب تشوه الدماغ او نماذج من الخلايا (اندثار البروتوبلازم) وغالباً ما تكون هذه مصاحبة للتشوه الجسمي الذي يمكن ملاحظته هذا ويجب ان لا يغرب عن البال بأنه ليست كل أنواع النقص الوراثي تظهر بعد الولادة مباشرة فالبعض منها مثل مرض (الكوريا هنتكتسون) لا يمكن أن تظهر بوضوح إلا في عمر متوسط للطفل كما انه ليست كل الاضطرابات النفسية للمولود الجديد أو الطفل وراثية، وإنما قد تكون نتيجة تأثيرات داخلية للرحم وقد أشارت الكثير من الكتب إلى الفيروسات المرضية (R.H) العامل النسناسي.

العامل النسناسي

أذا ما وجدت فروق وراثية مصممة بين نماذج الدم عند الأم وجينتها فمن الجائز أن يحصل تناقض كيميائي حيوي مثلاً: أن الكريات الحمر للطفل يمكن ان تحتوي على مادة تجعل دمه متجمعاً أو كتلياً وذلك بالاستجابة إلى مصل الدم كإحضار خاص بينما يكون دم الأم محتاجاً إلى هذه المادة في مثل هذه الحالة ان الطفل يماثل 85٪ من مجموع السكان منهم ذو عامل إيجابي ومنه ذات عامل نسناسي سلبي.

أن الطفل ذا العامل النسناسي الايجابي ينتج مادة خاصة تدعى (بمولد المضاد) فيدخل في دم الأم من خلال حاجز المشيمة.

أن المادة السامة (المضادة للجسم) تتحول في دم الأم وتعود مرة أخرى إلى الجهاز الدموي للجنين، وفي الممكن أنها تحدث أذى عظيماً هناك فتتلف الكريات الحمر وتحرمها من التوزيع الأوكسجين بصورة اعتيادية ومن الجائز أن النتائج تكون

حجزية فتؤدي إلى الإسقاط أو إجهاض الجنين ميتاً أو الموت بعد وقت قصير من الولادة وذلك بسبب تلف الكريات الحمراء (داء الجذعيات الحمر) وإذا عاش الطفل فيمكن أن يكون فيه شلل جزئي او نقص عقلي وذلك نتيجة تلف الدماغ بسبب التجهيز بالأوكسجين غير صالح خلال فترة الحرجة من النمو، انه لمن حسن الحظ أن هذه النتائج المخزنة لا تقع في كل حالة تناقض فيها الأم الجنين أذا داء الجذعيات الحمر يحصل مرة واحدة في كل مائتي حمل وان الأطفال الأوائل في الولادة لا يقعون تحت هذا التأثير لأن الأم تأخذ وقتاً لإنتاج السموم المضادة ولكن الذين يولدون بعدهم أكثر معاناة إذا ما اختلف تركيب دمهم مع أمهاتهم.

أن التكتل الطبي يعد ذا قيمة في الوقت الحاضر واذا ما طبق مبكراً فإنه يقلل من نتائج هذا التناقض، وكل فتاة تقرر الزواج لا بد لها من استشارة طبيبها عن نماذج هذا العمل لها ولزوجها المرتقب وتوجد عدة طرق لمنع هذه الأمة جزئياً أذا ما عرف الطبيب ذلك سلفاً.

إضافة إلى ذلك أن الإيذاء أو النقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة في بعض الأطفال يكون مسؤولاً عن النقص الجسمي والنفسي- وهذه الحالات أصبحت معتادة لا بسبب حدوثها أكثر في السنوات السابقة ولكن بسبب التحسن والعناية الطبية الزائدة التي جعلت حظ هؤلاء في العيش أحسن.

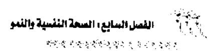
مرحلة المراهقة

مرحلة المراهقة هي مرحلة انتقالية خطيرة في عمر الإنسان فالمراهق ليس طفلاً كما انه ليس رجلاً فهو يتنقل في هذه المرحلة في طور يكون فيه معتمداً على الغير إلى طور يعتمد فيه على نفسه. وعلى هذا الممر الواقع بين مرحلتين يمر الطفل في دور المراهقة وهذه الفترة من العمر تسمى (مرحلة المراهقة) أو مرحلة الشباب كما

سماها (أرنولد جازل Arnold Qesell) أو مرحلة الفتوة كما يسميها البعض العلماء وهي مرحلة تتسم بالثورة والقلق والصراع.

وهذه المرحلة مليئة بالصعاب بالنسبة للناشئ ويكون الفرد أحوج ما يكون للرعاية والتوجيه والأخذ بيد المراهق فهو أشبه ببرعم ندى يوشك أن تتفتح أكمامه فما أحوجه إلى العناية والاهتمام دون إسراف في لمسه أو إفراط في رأيه ففي هذه المرحلة تتجه ميول المراهق الجديدة إلى اتجاهات مختلفة ومتضاربة لأنه ينتقل من مرحلة فيها أشياء ملموسة إلى أشياء معنوية وفكرية من علاقات محددة بالأسرة إلى حياة اجتماعية خارجية على نطاق أوسع ففي طفولته المبكرة والمتأخرة لم يكن هناك اهتمام واضح تجاه الآخرين وببلوغه تستيقظ لديه الدوافع الجنسية وتتسع علاقاته الاجتماعية فيزداد اهتمامه بالآخرين ويظهر لديه المقدرة على النقد والتحليل وتفهم الأمور والقيم التي قد لا تتوافق مع نموه المفاجئ وخبراته المحدودة فالآن بعد ان شعر بأنه فرد في مجتمع له نشاط تزداد حساسيته كما كانت عليه وتظهر ميوله متجهه نحو التوافق مع الجماعة على صورة مشاركة وتعاون ووفاق وكل هذه مظاهر تتفق مع أخلاق الجماعة وسلوكها العام.

ومسؤولية تربية الشباب وتوجيه نحو المثل العليا وتنشئته تنشئة طيبة مهمة شاقة تبدأ منذ طور الطفولة الأولى لصلة هذه المرحلة بالمراحل التي يليها فإن أحسن توجيه أمكننا أن نضمن أجيالاً من الشباب تربت على ضبط النفس واكتساب الكثير من المبادئ والمثل القويمة أما أخطائنا التربوية والتوجيه فإننا نكون قد أخرجنا شباباً متقلباً في أدرك الأخطاء والإثم شباباً ثائراً على نفسه وعلى مجتمعه جانحاً في سلوكه واتجاهاته فالشباب المنحرف بعدوانه أخطائه يشقي نفسه معه المجتمع الذي يعيش فيه كذلك فهو سعيد ويسعد نفسه ويسعد من حوله إذا ما ملك في اتجاه سوي.



ماهية المراهقة ومعناها

أن كلمة مراهقة مشتقة من الفعل اللاتيني ومعناها التدرج نحو النضج البدني الجنسي والانفعالي والعقلي وهنا يتضح الفرق بين كلمة مراهقة وكلمة بلوغ فالأخيرة يقتصر معناها على الناحية واحدة من نواحي النمو وهي الناحية الجنسية فنستطيع ان نعرف البلوغ بأنه نضج الغدد التناسلية واكتساب معالم جنسية جديدة تنتقل بالطفل من مرحلة الطفولة إلى بدء النضج، وكثيراً ما نستخدم كلمة المراهقة والبلوغ على أنهما دفتان وفي الحقيقة أن ثمة اختلافاً فنياً في معنى اللفظين فكلمة مراهقة تطلق على مرحلة كاملة تبدأ بالبلوغ وتستمر حتى مرحلة النضج الاجتماعي الكامل أي فيما بين حوالي سن 12 و 20 سنة.

إما معنى اللغوي للمراهقة فهو المقاربة فرهقته معناها أدركته أو أرهقته تعني دانيته ورهقت الصلاة هو داخل وقتها فراهق الشيء معناه مقاربة وراهق البلوغ معناها قارب البلوغ وراهق الغلام معناها قارب الحلم وصبي مراهق معناه مدان للحلم، والحلم هو القدرة على أنجاب النسل.

أن مرحلة المراهقة بين سن (10– 12) تقريباً فتظهر وتتجلى لدى المرء عملية التحفز التي تدفع إليها الطبيعة توطئة وتمهيداً للانتقال إلى مرحلة التالية من النمو وهكذا تبدو مقاومته نفسية تبذلها الذات ضد تحفز الميول الجنسية ويطلق على هذه المرحلة مرحلة التحفز والمقاومة، وما قبل المراهقة أو أحياناً ما قبل البلوغ وهذه المرحلة لها علامات ودلائل واضحة وهي زيادة أحساس الفرد بجنسه ونفور الفتى من الفتاة والابتعاد عنها كذا تجنب الفتاة الفتى فالطفل الذي كان في المرحلة السابقة لا يجد غضاضة في اللعب مع الفتيات اللواتي في سنه أصبح يشعر بالحرج الشديد ويخشى تهكم أقرانه ورفاقه أذا ما شاهدوه يلعب مع الفتيات حتى لا يهتم بأن خشونة الرجال تنقصه وكذلك الحال مع الفتاة التي يتزايد إحساسها ونفورها من

الفتيان لتفوقهم وخشونتهم والفتاة تحاول أن تسلك سلوك الفتيان الخشن وتميل إلى مضاعفة نشاطها وبديهي ليس في هذا انتقاص من أنوثتها بقدر ما هو دليل على التحفز استقبال مرحلة الأنوثة الكاملة.

إما مرحلة المراهقة (فهي تلك المرحلة التي يمكن تحديد خطها ببدء نضج الوظائف الجنسية وقدرة الفرد على التناسل وتنتهي بسن الرشد وأشراف القوى العقلية المختلفة على تمام النضج وهي مرحلة تغير مستمر وانه لمن الصعوبة تحديد بدء المرحلة أي المراهقة ونهايتها فهي تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر فالسلامة والجنس والنوع والبيئة لها آثار كبيرة في تحديد مرحلة المراهقة وتحديد بدايتها ونهايتها.

وان بعض العلماء يرون أن فترة المراهقة يمكن أن تنظم إليها الفترة التي تسبق البلوغ وهم بذلك يعتبرونها ما بين العاشرة والحادية والعشرين (10– 21) بينما يحصرها بعض العلماء في الفترة ما بين الثالثة عشر والتاسعة عشر (13– 19) ويطلق عليها (المراهقة) والمراهقة يمكن تقسيمها إلى المرحلة مبكرة ومراهقة متأخرة فالمراهق المبكر تمتد منذ بدء النمو السريع يصاحب البلوغ حتى بعد البلوغ بنسبة تقريباً عند استقرار التغيرات البيولوجية الجديدة عند الفرد وفي هذه المرحلة المبكرة يسعى المراهق إلى الاستقلال ويرغب دائماً في التخلص من القيود والسلطات التي تحيط به ويستيقظ لدى الفرد أحساس بذاته وكيانه أما المرحلة الثانية (المراهقة المتأخرة) ففيها يتجه الفرد محاولاً أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه ويوائم بين تلك المشاعر الجديدة وظروف البيئة ليحدد مواقفه من هؤلاء الناضجين محاولاً التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلة والانطواء تحت لواء الجماعة فتقل نزعاته ولكن في هذه المرحلة تتبلور مشكلته في تحديد موقفه بين عالم الكبار وتتحدد اتجاهات إزاء الشؤون السياسية والاجتماعية وإزاء العمل الذي يسعى إليه.

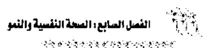
أن التجاوزات للمراهق السوي في السلوك تماثل التجاوزات للسوي قبل سن المدرسة غالباً ما تصل إلى التطرف الانفعالي بل أقصاه يقود بعض الناس لأن يستنتجوا بأن المراهقة بحد ذاتها تظهر أحياناً على شكل الجنون والذي نأمل إيضاحه أن هكذا استنتاج ليس صحيحاً ولا يمثل الحالة هذه مع العلم أن المراهقة فترة معرضة للانتقاد للاصطلاحين المشكلات المؤلمة التي يجب أن يواجهها المراهق وإيقاظ موضوعات النمو الماضية التي لم تحل جزئياً.

أن الانهيار الفصامي أثناء فترة المراهقة يمكن أن يقع أولاً وفي الحقيقة أن الفصام قد استعمل بما يعرف بـ(جنون الشباب أو جنون المراهقة) وان العديد من خصائص المراهق السوي بأشكالها المتطرف تقارب السلوك الفصامي ومقاومة الشعور بالاضطراب والتشويش والغرابة والازدياد كلياً للقابلية على التعلم أو التمرد المتزايد والقابلية الانفعالية على التغاير والشعور بأن كل الناس ضد واحد والتحدث بالانتحار وحتى بالمثالية تظهر على أنها نكران للواقع وكلها تشعر إلى صفة مميزة الفصام. هذا ولسنا بحاجة إلى القول أن أكثر المراهقين قد نموا جوهراً متيناً صارماً من الأمان والملاذ الذي سمح في الحقيقة والواقع لهم إلى مقاومة الضغوط والتوترات بقوة في هذه الفترة وما دام على كل أن القليل منهم يصيبهم الانهيار فيجب ان يحاول رؤية صورة الانهيار التي غالباً ما تتخذ وتحدث.

أن الفصام (الشيزوفرينيا) في الحقيقة نعت يطوق العديد من الأمراض العقلية وكلياً تمتلك خاصية عامة معروفة هي تشويه وتضليل الاستجابات الانفعالية للسوي وتشمل على فكر ومشاعر حول الواقع والتي تكون متضاربة مع وجهات نظر السوي أم كل الواقع اعتيادياً قد أعيد تصويره مع الصراع الداخلي من خلال الفصام وان أعادة التصوير يمكن أن تأخذ شكل الخداع والتضليل وغير الموجود ولكنه ليس اقل من الاعتقاد بأن تأثير الناس يكون في المحاولة اسم الفرد وقد أدنوه

بالتطبيقات الفاسدة أو يدعونه إلى إن ينغمس فيها أو له ورث قوات خاصة وتدابير لشؤون الكون. ان الفصاميين يمكن أن يمتلكوا الخداع حول أجسامهم التي أفسدتها بعض الأمراض الغريبة التي تسيطر عليها القوى الشريرة الضارة ويكونون حساسين إلى موجات الراديو وان أجسامهم تحوي على أنواع مختلفة من المكامن يعتقدون بعض الأحيان أن هذا النوع من الشكل يكون على صورة الهلوسة و (تصورات ولكنها مع ذلك ليست تجارب حية) عندما يسمع الفرد صوتا نتحدث إليه أو حوله ويرى رؤى ويشم روائح غريبة أو طيبة. هذا وان الفصام لا يتخذ دائماً هكذا من الإتقان والوضوح وعلى كل يعبر عنها أحياناً باللامبالاة والفتور الكلي للشعور والخمول وأحياناً آخري بالاستجابات الانفعالية غير الصالحة بالنسبة للواقع من الفرد يمكن إن يكون غير شاعر تماماً حول بعض الأمور ذات الأهمية الحيوية بالنسبة له أو انه قد يقهقه بشكل جنوني من الاستجابة لأي شيء أو انه يطير غيظياً لعقبات تافهة والبعض يظهر العوز لأي انفعال والبعض الأخر في حرب دائمة مع المحيط به وقد يشعر بأنه مطارد من قبل العدو ويكون كلامه قذراً وقد يرضى بالسلوك الخيالي الوهمي وقد يكون هجومياً يؤذي نفسه أو يكون قاتلاً وعلى الغالب أن الصراع الرئيسي للفصام يكون من النوع الجنسي- ومع انه يخفي بشدة الصراعات حول الرغبة الشديدة للشذوذ الجنسي والشعور بعدم الطهارة والشعور بالفوز للسيطرة والإحساس به غير مرغوب فيه والإحساس بالقابلية على التلف كلها يمكن ان تدخل ضمن نموذج الفصام. وان الذكور أكثر عرضة للفصام من الإناث (لأكثر أشكال الاضطراب الانفعالي) ولكن بعض البنات المصابات بالفصام وبعض النساء يظهر عليهن هذا الاضطراب بأكثر الصور خباثة.

يسمع كلام الفصامي على انه داء عضال وليس من الضروري أن تكون الحالة كذلك فإن بعض الفصاميين يشفون تلقائياً في سلسة الأحداث للإمراض العقلية



مؤقتاً أو بصورة دائمية، والبعض يمكن أن يعيشوا مرتاحين طيلة بقائهم في المستشفى أو حتى في المجتمع الذي يفهم ضعفهم وحاجاتهم هذا وان عدداً منهم ابدوا التحسن في الاستجابة إلى عدد مع المعالجات التي استعملت على الانفراد أو مع العقاقير المسكنة والعلاج بالرجات الكهربائية او العلاج بالأنسولين والعلاج النفسي الفردي والجماعي من بين الآخرين، علماً بأنه توجد ثغرة واسعة بين النظرة. القانونية والنظرة (العلمية) لما يكون عليه الجانب الجنسي للأولاد بالنسبة للتناقض العظيم بين ما هو حقيقي وما يعرفه الولد

مشكلات المراهقين

لقد كانت نظرة علم النفس القديم إلى مرحلة المراهقين نظرة كلها استسلام وتشاؤم وأنها أزمة لا يمكن تجنبها وفترة تمرد على السلطة وكان علم النفس ينظر قديماً الى هذه المرحلة على أنها مستقلة ومنفصلة تماماً عن مراحل السابقة واللاحقة لها وكان ينظر إليها أيضاً على أنها فترة للنمو تتميز بالعواصف الهوجاء التي لا يمكن تلافيها ألا بإقامة الحواجز المضادة. ولكن هناك اتجاهاً عارض فيه علم النفس الحديث الاتجاه القديم الذي كان ينظر إلى المراهقة على أنها فترة ثورة وتمرد موجهة نحو سلة المدرسة وكل ما هو مصدر للسلطة لأن علم النفس الحديث ينظر إلى هذا التمرد وهذه المظاهر بصيغة عامة على أنها مظاهر عارضة تنشأ نتيجة جهل الإباء والمربين بالأساليب الصحيحة للتربية وعدم الفهم والإدراك السليم لخصائص وطبيعة هذه المرحلة فالأب أو المدرس أو غيرهم من القائمين على التربية يفرضون على المراهق القيود التي تحول دون تطلعه إلى استقلال والحرية وهي مطالب جديدة تتطلبها هذه المرحلة غير مفرقين بين معاملة نمس كيانه وتحطم نزعت نحو التمرد والاستقلال.

ومرحلة المراهقة وما يصاحبها من تغيرات يمكن تشبيهها بعاصفة تحمل الكثير من الأتربة والرمال أو بثورة بركان هو مزيج من عوامل متعددة يمكن تحليلها إلى عناصر أربعة متفاعلة بعضها مع البعض، هي العنصر الانفعالي والعنصر الاجتماعي والعنصر العقلي والعنصر الجنسي وهذه العوامل التي تشترك جميعها في تكوين العاصفة وتندمج معها متحدة ومكونة لهذا التغيير الذي يحدث في حياة الفرد عندما يصل إلى سن البلوغ.

وهذه الثورة تتخذ مظاهر متعددة منها ثورة المراهق إذا لم يجد الطعام المناسب أو ثورة لتدخل أبيه أو أمه في شؤونه الخاصة أو في دراسته أو أظهار سلطانه أو نفوذه على أخوته الصغار وغالباً ما تعكون هذه الثورة غير مناسبة مع أهمية الموقف وهذه الثورة قد تكون ايجابية صريحة يجهر بها المراهق أو قد تكون سلبية عندما يخلو لنفسه ويبدو ذلك وأحياناً في أحلام اليقظة أو عند كتابة المذكرات وقد تكون ايجابية وسلبية معاً.

وكثيراً ما يراود المراهق نزعة الهرب وهذا يكون غالباً عند الأسرة المتشردة والأسرة المتساهلة على السواء فهو يسع للهرب ليبتعد عن جو الأسرة ويكسب ما افتقده من صفات الرجولة سواء كان هذا الهرب حقيقاً أو هرباً في الخيال عندما يحلم المراهق بأنه ترك الأسرة وان والديه وأسرته تبحث عنه في كل مكان ويتصور أن الأب يبكي وإلام تولول والجرائد تنشر صورته وأهله يناشدونه العودة واستجاب له كل مطالبه التي يرنو إليها بهذا الهرب الحقيقي أو الخيالي يحقق المراهق آماله ورغباته ويشبع في نفسه حبه للمغامرة و المخاطرة.

الأمراض النفسية

هي مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن اختلال بدني أو عضوي أو تلف في تركيب الدماغ، وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوعة من أهمها (التوتر النفسي والكآبة والقلق والوسواس والأفعال القسرية اللاإرادية والتحول الهستري والشعور بوهن العزيمة والعجز عن تحقيق الأهداف والمخاوف والأفكار السوداء التي تحاصر الفرد في يقظته فتدعه مشتت البال).

المرض النفسي: أو (العصاب **Neurosis**): هو اضطراب وظيفي يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة منها القلق والوساوس والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة والتردد المفرط والشكوك التي لا أساس لها وأفعال قسرية يجد المريض مضطراً إلى أدائها بالرغم من أرادته، أما المرض العقلي فهو يصيب الشخصية.

نماذج من بعض الاضطرابات والأمراض

1. الكآبة Depression

حالة من الحزن يعيش فيها الفرد من دون أن يعرف السبب الحقيقي لاكتئابه، وهو بذلك يختلف عن الاكتئاب الطبيعي إذ يحصل نتيجة لتفاعل الفرد مع المواقف المثير لحالة الحزن، ويتسم بتهدئة مشاعر القلق وإخفاء العدوان ولفت الانتباه بحيث يؤدي بالفرد إلى التشاؤم وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة وهذا مايجعله يفكر بالانتحار والخوف من الأقدام عليه.

الأعراض

أ. عامل المزاج المصحوب بإحساس فقدان الحماس وانخفاضه.

ب. عامل اتهام الذات يمثل معاقبة الذات والإحساس بالذنب أو الشعور به

ج. العامل الجسمي الذي يتضمن العديد من الشكاوي الجسمية واضطراب النوم.

الأسباب ومنها:

أ. تطور في الأمراض النفسية.

ب. أسباب بيولوجية.

1- داخلية (اضطراب عضوي).

2- مسببات خارجية، صدمات خارجية. وهذه الأسباب تمثل نسبة 80 ٪.

وتشتمل هذه الأسباب على:

أولاً: العوامل الحادة من أزمات ومفاجئات (فقدان الأحبة ومرض الأعزاء).

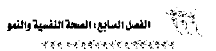
ثانياً: الظروف النفسية التي تعرض المريض لليأس والحزن.

ثالثاً: التعرض إلى مرض جسمي مزمن ينهك قواه مثل: (التدرن الرئوي أو السرطان.. الخ).

أصناف الكآبة: هناك تصنيفات متعددة منها:

أ. الكآبة الذاتية: تنبع من داخل الفرد حيث يميل إلى العزلة وحزن شديد وفقدان الشهية يحب الظلام، كسول، قليل الكلام، يميل إلى الانتحار غير متفائل.

ب. الكآبة المحيطية (التفاعلية): الفرد كثير التشكي والمظلومية، وكثير الشك



بنظرات وأقوال الآخرين، يحب النهار، ثرثار، أناني، متفائل بالغد، ملامح الحزن على وجهه.

ج. الكآبة المركبة: (جمع بين الاثنين) تكون الكآبة عند الفرد غير مستقر.

علاج المرض Psychotherapy

أ. العلاج النفسي: يركز على أعادة احترام المريض لذاته وفهمها ومنح المريض الفرصة حتى يعبر عن مشاعره المرتبطة بالمواقف الصعبة والمؤلمة لكي تكون مصادرها راحة نفسية للمريض.

ب. العلاج الاجتماعي **Social Therapy**: العمل على تغيير الظروف البيئية التي يعيش فيها المريض بحيث يتيح له التنفيس الانفعالي (العلاج بالعمل والموسيقى..)

ج. العلاج بالعقاقير: (استخدام المهدئات والمنشطات كمضادات للاكتئاب).

د. العلاج بالصدمة الكهربائية: يستخدم هذا العلاج عندما يعاود المرض بصفة دورية ومع الذين يعانون من الخمول وانعدام الطاقة الحركية.

2. الهستريا Hysteria

مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعاله مع خلل في أعضاء الحس والحركة، وهي عصاب تحولي تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسيمة ليس لها أساس عضوي فيه ميزة للفرد أو هروب من الصراع النفسي أو موقف مؤلم من دون أن يدرك الفرد الدافع لذلك (هذا ما يميز مرض الهستيريا).

أعراض مرض الهستريا: لا توجد أعراض الهستيريا مجتمعة في مريض واحد واهم هذه الأعراض:

أ. الأعـراض الحسـية (العمـى الهسـتري، الصـم، فقـدان حاسـة الشـم والـذوق والحساسية الجلدية في عدة أعضاء، الخدر الهستيري والألم الهستيري).

ب. الأعراض الحركية (الشلل الهستري والتشنج والصراع وعقـال العضـل (اليـد في الكتابة) واللازمات الحركية (العصبية) وفقـدان الصـوت والنطـق والخـرس الهستيري.

ج. الأعراض العقلية: اضطراب الـوعي، الطفليـة الهسـتيرية (السـلوك أو الـتكلم كالأطفال).

د. الأعراض العامة: (المرض بداية المدرسة والامتحانات، وردود الفعل السـلوكية المبالغ بها أو مرض عزيز أو نتيجة لمرض عضوي سابق.. الخ).

الأسباب:

ومن أهم الأسباب:

أ. الوراثة: تلعب دور ضئيل للغاية، بينها تلعـب البيئـة الـدور الأكـبر وعـادةً مايكون المريض الهستيري ذا تكوين جسمي نحيف واهن.

ب. الأسباب النفسية: الصراع بـين الغرائـز والمعـايير الاجتماعيـة وبـين ألهـو والانا الأعلى والتوفيق عن طريق العرض الهستيري والإحباط وخيبة الأمل في تحقيق الأهـداف والفشـل والإخفـاق في الحـب والـزواج غـير السـعيد والغيرة والحرمان والتمركـز حـول الـذات والضـغوط الانفعاليـة العنيفـة وكبتها والهروب منها عن طريق تحويلها إلى أعراض هستيرية.

ج. احد الوالدين شخصـين هسـتيرية (يأخـذ الطفـل عنـه اكتسـاب سـمات الشخصية الهستيرية).

د. الأسباب المعجلة أو المباشرة (فشل حب أو صدمة أو التعرض لحادث أو جرح أو حرق..الخ).

هـ. تغير سلطة وسيطرة الذكر على الأنثى من أهم الأسباب (الهستيريا) عند الإناث.

أنواع الهستيريا:

وتقسم إلى نوعين:

أ. **الهستيريا التحويلية**: تتحول فيها المكبوتات والقلق إلى اضطراب انفعالي على نحو شعوري ومن أعراضها تكون جسمية وحركية والفقدان والعمى الهستيري والصم وإعراض أخرى واضطراب الوعي والسعال الهستيري.

ب. **الهستيريا التفككية**: عندما يحتدم الصراع ويشتد القلق بحيث لا يطيقه الفرد فان تنظيم الشخصية وطاقتها تنزعان إلى الفكاك والانفصال بحيث تبدو الأجزاء والوظائف كما لو كانت تعمل مستقلة عن بعضها عن البعض كوسيلة لحماية الانسان، ومن مظاهرها فقدان الذاكرة والتجوال ألنومي المشي أثناء النوم وانفصال الجهاز الحركي عن بقية الأجهزة الاختفاء أو الهُجاج الشرود الهستيري وتعدد الشخصيات.

علاج الهستيريا:

فيما يلي ملامح علاج الهستيريا:

أ. العلاج النفسي: يتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها وقد يستخدم الإيحاء والتنويم الإيحائي لإزالة الأعراض والإقناع والشرح

والتفسير ومساعدة المريض على استعادة الثقة بنفسه أو استخدام نـوع مـن الحقن لتسهيل عملية التنفيس.

ب. الإرشاد النفسي: للوالـدين والمرافقين وينصـح عـدم الاهـتمام والعنايـة بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقـط لان ذلـك قـد يثبـت النوبـات لـدى المريض لاعتقاده أنها هي التي تجذب الانتباه إليه.

ج. العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي وتعديل الظروف البيئية المضطربة التـي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطـاء وضـغوط وعقبـات حتـى تتحسـن حالته.

د. العلاج الطبي للإعـراض ويسـتخدم عـلاج التنبيـه الكهربـائي أو عـلاج الرقيقة الكهربائية، ويلجأ إلى استخدام الدواء النفسي الـوهمي **(Placebo)** يكون ذا فائدة كبيرة.

3. الوسواس القهري: Obsession

فكرة أو شعور متسلط يلازم الفرد كظله فلا يستطيع منه خلاصـاً مهـماً بـذل من جهد أو حاول أقناع نفسه بالعقل والمنطق هذا مع اعتقاده بسخف هذه الفكرة أو الشعور أو تعارضهما مع الأخلاق والقانون.

أسباب المـرض

أ. الأمراض المعدية والخطيرة والمزمنة والحوادث والخبرات المؤلمة.

ب. الصراع بين عناصر الخير والشر داخل الفرد مثل الصراع بين أرضـاء الـدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيـب الضـمير والخـوف وعـدم الثقة بالنفس والكبت.

ج. الإحباط المستمر في المجتمع وفقدان الشعور بالأمن والشعور بالإثم وعقدة الذنب.

د. أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة.

أعراض المرض

1- الأفكار المتسلطة مثل (الشك في الخلق) (والتفكير بالموت) (والاعتقاد بالخيانة الزوجية).

2- المعاودة الفكرية (ترديد الكلمات والأغاني والموسيقى) بطريقة شاذة.

3- التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة.

4- النظافة المفرطة والأناقة الزائدة وغسل واليدين مراراً.

5- الانطواء والاكتئاب وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك القهري والطقوس الحركية (عد السيارات وأحلام اليقظة والخوف من الجراثيم وتجنب مصافحة الناس وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.. الخ).

علاج الوسواس القهري

أ. العلاج النفسي: خاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب وإزالتها وتغيير طبيعة الإعراض ومعناها الرمزي واللاشعور (علاج الشرح والتفسير وعلاج المعونة والمساعدة والتشجيع والعلاج بالإزاحة والعلاج السلوكي والعلاج بالعمل واستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنفرة والعلاج باللعب.

ب. العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي مثل تغيير المسكن أو العمل.

ج. العلاج الطبي بالأدوية المهدئة لتقليل هذا الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (ليبريوم **Libriam**) واستخدام علاج النوم في بعض

الحالات والجراحية النفسية (شق الفص الجبهي) كآخر حل أحياناً وذلك في استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي حياة المريض.

العلاج النفسي

مفهوم العلاج النفسي

ليس الهدف هو زوال الإعراض فقط بقدر ما هو اعادة التوازن النفسي و التقدم على مستويات الصحة من وتوجه وعلاقة بالناس والواقع، فالعودة إلى ذي قبل ليست هي الهدف من العلاج، وإنما الهدف هو الانطلاقة (بدء تجربة المرض) عن طريق العلاج بإعادة التنظيم وإتاحة الفرصة للوصول إلى مستويات الأعلى من النمو الأرقى في الحياة. ومفهوم العلاج النفسي يدل على توظيف الطرق النفسية في مواجهة الاضطرابات مهم تنوعت مظاهرها، ومهما اختلفت درجات حدتها دون اللجوء إلى المواد الكيماوية والعمليات الجراحية إلا في حالات تكون فيها تلك العلاجات وسيلة الإقناع المريض نفسياً.

والعلاج النفسي يكون جزءاً هاماً وأساسيا في علاج الإمراض عادة سواء كانت جسمية أو نفسية، فان العلاقة التي تربط الطبيب بالمريض لا تخلو من الصفة النفسية التي تفرض نوعاً من الأثر الايجابي أو السلبي على مصير التوازن النفسي والعلاج النفسي هو ليس بالعلاج الطبي والاجتماعي من حيث انه لايلجأ إلى استخدام آية مادة أو– عدا الكلام والحوار وأيضاً هو لا يستخدم الجوانب الاجتماعية فقط لأنه يتعامل مع الفرد من زاوية الاضطراب الذاتي وشعوره بعدم التوافق وإعادة نظرة الإنسان إلى ذاته و دنياه وإحساسه بهما إلى المقبول الذي يرضي الذات ولا يؤذي الآخرين ولا يربك دور الفرد في أداء واجباته تجاه نفسه أو غيره أو المجتمع.

ولما كانت التسمية بالإمراض النفسية تفترض إصابة الكيان النفسي- بالمرض ولما كانت تفترض أن طبيعة هذه الإصابة هي طبيعة نفسية لا عضوية فان من البديهي أن نفترض أن العلاج الفعال والصحيح لهذه الإمراض يجب ان يأتي عن طريق الوسائل النفسية في العلاج. والعلاج النفسي- معروف منذ وجود البشرية وكان يمارس بطريقة غير منظمة وغير علمية من يستطيع الإنسان إن يواجهه ضغوط الحياة وتتضح رؤيته لها ليبدل من سلوكياته تلقائياً أو بتوجيه المحيطين به متأثر بهم، ولكن ظهر العلاج النفسي بطريقة علمية منتظمة في إجراءات ومراحل على يد العالم (فرويد) وأطلق عليه التحليل النفسي.

تعريف العلاج النفسي

1- هو العمل على إزالة الإعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلات الخاصة والتوافق مع بيئته (زهران، 1977).

2- نوع من أنواع العلاج تستخدم الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج بما يلي:

- إزالة الأعراض المرضية الموجدة وتعديلها، مساعدة المريض على حل مشكلاته، مساعدة المريض على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي والصحي بحيث يصبح أكثر نضجاً وقدرة على التوافق النفسي- في المستقبل (زهران، 1980).

3- يعني إزالة الاضطراب أو أعراض النفسي بالطريقة النفسية ويكون جزءاً مهماً وأساسياً في علاج الإمراض عادة من جسمية أو نفسية (كمال، 1988).

4- عملية تمم بوسائل نفسية لمشكلات ذات طبيعة انفعالية يقوم بها شخص مدرب يؤسس علاقة مهنية مع المريض بهدف إزالة وتعديل إعراض في سلوك

الفرد، التوسط لإصلاح أنماط سلوكية مضطربة، تعزيز نمو الشخصية ايجابية متطورة (صالح، 2005).

5- هو معرفة أسباب الصراع والاضطرابات عند الفرد عن طريق فحص أفكاره وانفعالاته وسلوكه ثم محاولة تغيره وتخليصه من الإدراك الخاطئ لنفسه وللآخرين وتقوية ثقته بنفسه (رامز، 2005).

6- هو نوع من العلاج لمساعدة الفرد تستخدم فيه طرق ووسائل نفسية في أساسها وتختلف باختلاف الأساس النظري والخلفية النظرية التي يستند إليها العلاج، ويستخدم للتخلص من مشكلات أو اضطرابات أو أمراض وجدانية تؤثر في سلوكه سلباً. ومساعدة الأفراد وسواء الأعراض أو الأسوياء على حل مشكلاتهم الخاصة والتوافق مع البيئة وتحقيق التكيف على مستواه الذاتي ومع الآخرين واستغلال إمكانيات الفرد وتنمية جوانب شخصيته وتصحيح المسار الصحي للنمو النفسي (اباقة، 2005).

أهداف العلاج النفسي

يمكن إيجازها تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي الى:-

1- مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين

2- إزالة العوامل التي أدت إلى المرض.

3- علاج أعراض المرض.

4- حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها.

5-تعديل السلوك غير السوي وتعلم السلوك الناجح، تحقيق تقبل الذات، زيادة قوة الذات، تبديل السلوك وتعديله من سلوك غير مرغوب فيه إلى

سلوك مرغوب فيه، إعادة الثقة بالنفس، إدخال الشعور بالطمأنينة والأمن، رفع المعنويات وتقويتها وإقامة علاقات اجتماعية سليمة، وإعادة تربية وتثقيف وتطوير وجدان المريض، إعادة توعيه وتبصير الفرد بالحقائق الحياتية وكيفية مجابهتها إلى تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

أنواع العلاج النفسي

قدمت كل مدرسة أو نظرية من نظريات علم النفس نوع من أنواع العلاج النفسي استخدمت فيه أسسها النظرية في تفسير السلوك في بناء الشخصية وأيضاً ما قدمته من تفسير عن كيفية نشأة المرض أو الاضطراب في الشخصية وبذلك ظهرت أنواع من العلاج النفسي منتهية إلى نظرية من النظريات المعروفة ومنها من ركز إلى احد جوانب السلوك مثل العلاج المعرفي أو الاجتماعي ومنها لم يستمد فكرته مباشرة من نظريات علم النفس مثل العلاج الديني أو العلاج بالعمل وغيرها ويمكن تقسيمها إلى علاج نفسي قائم على أساس نظري مثل:

- التحليل النفسي (التقليدي أو الفرويديون الجدد)، العلاج السلوكي (تقليدي أو حديث (تعديل السلوك) العلاج المتمركز على العميل، العلاج بالواقع، العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج الوجودي، العلاج الجشتالطتي، العلاج السلوكي المعرفي.

أو تقسيم العلاج النفسي تبعاً للفنيات أو الطرق مثل:

العلاج الجماعي، العلاج الاجتماعي، العلاج الديني، العلاج باللعب، العلاج بالعمل، العلاج بالموسيقى، العلاج الاستنزازي.. الخ.

وللسهولة يمكن تقسيم العلاج النفسي إلى مجموعتين من العلاج وهي:

1- العلاجات النفسية الفردية Individual psychotherapy حيث يكون للمريض الواحد معالج واحد يتولى آمره ويرعاه طيلة فترة العلاج.

2- العلاجات النفسية الجماعية Group psychotherapy حيث يتولى معالج واحد اثنان أحياناً معالجة مجموعة من المرض يتراوح عددهم من (7) إلى (12) وأحياناً إلى (25) مريضاً. وفي هذه الحالة يكون أسلوب العلاج النفسي بإجراء الزاويتين وهما:

أ- أما أن المعالج النفسي يلاحظ ويتبع الفرد الواحد أثناء وجوده بين الجماعة.

ب- أواته يلاحظ ويتتبع تطور الجماعة ككل من خلال تجمع عدة أفراد.

ومن مزايا العلاج النفسي الفردي انه عميق التحليل نافذ في حياة الفرد ومتفرغ له وتكون شخصية وانفعالاته غير مباشرة أو مخفقة من قبل الجماعة وهو غالي التكليف وطويل الأمد صعبة مزايا العلاج النفسي الجماعي يقتصد في الطاقة البشرية لعلاجه مجموعة أشخاص مرة واحدة ولأنه اقل كلفة من الناحية المادية للمريض الواحد ويستطيع المعالج دراسة السلوك الفردي في أطار الجماعة التي تضمنهم وتبرز معالم العصاب والصراع من خلال الحماس الجماعي ويتحمل أنها تعجل في تغير سلوك الفرد كما تكشف شعوره تجاه المعالج الذي يمثل الأبوين.

نظريات العلاج النفسي

1) نظرية التحليل النفسي:

بدأ التحليل النفسي التقليدي الفرويدي بعد فشل العلاج الطبي الدوائي في علاج الحالات وأيضاً الحالات وأيضاً بعد إدراكه لعيوب طريقة الإيحاء التنويمي التي يمارسها مع شاركو عام 1885م في باريس، يقوم العلاج التحليلي على عدة

مسلمات أساسية وتفسيرية هي: المؤسسون (فرويد، يونك، هورني، فروم، ادلر، اريكسون، سولفيان).

1- **التداعي الحر**: في هذا الأسلوب يتمدد المريض على سرير مريح ويأخذ بالحديث عن كل ما يرد إلى باله بشكل حر وبأية طريقة كانت والحكمة من ذلك هي أن اللاشعور له منطقة خاصة وعندما يذكر الفرد أفكاره حدثت له بالضبط فان الدافع المكبوت سوف يكشف عن نفسه تدريجياً من خلال المضمون الصريح لألفاظ المريض. (ترك الحرية للمريض لتداعي أفكاره).

2- **التنفيس الانفعالي**: يقوم المعالج بحث المريض على محاولة تذكر الخبرات الماضية المشحونة انفعالياً والدوافع الاتجاهات أثناء التداعي ويعتبرها الكثير نوعاً من التنفيس الانفعالي عن المعاناة النفسية للمريض بل يعتبرها البعض جزء من التطهير النفسي والتخلص من جزء كبير من الشحنة الانفعالية لبعض الذكريات.

3- **تحليل الأحلام**: الدوافع المكبوتة تكشف من نفسها في الأحلام ويكون ذلك بشكل رمزي وينبه (فرويد) إلى ضرورة التمييز بين المحتوى الظاهرة للحلم (كما رآه صاحبه) وبين المحتوى الخفي وهو جوهر الحلم (يظهر على شكل رموز) وفيه تكمن الحقيقة وهذا يعني تفسير الحلم هو ليس مسألة سهلة بل قد يشكل تحدياً حتى بالنسبة للمعالج.

4- **تحليل المقاربة**: عندما يقاد المريض نحو الاعتراف والقبول بدوافعه اللاشعورية التي كانت خفية عليه فان يبدأ بالمقارنة ويستعمل حيلاً متنوعة لتجنب مواجهه ذكريات مؤلمة ودوافع غير مقبولة وتأخذ المقارنة عدة أساليب فقد يحلل المراجع تفسير الموضوع عند السؤال ذكرياته أو يسخر من الجلسة بنكتة أو يسيء إليها ويكون واجب المحلل أن يفسر له طبيعة الاعتراف بدوافعه اللاشعورية.

5- **التحويـل:** يحـدث تحويـل في مشـاعر المـريض تجـاه المعـالج خـلال جلسـات العلاجية ولذلك يطلق البعض عليه بالتحويل، وهذه المشاعر والمحفـزات التـي يطرحها المريض على المعالج تكون في شكل خبرات انفعالية حدثت له في الماضي وتم كبتها في واقع حياة المريض، ويأخذ التحويل مسارين إمـا سـلبي أو ايجـابي، وهكذا يكون التحويل عـاملاً جوهريـاً في العمليـة العلاجيـة حيـث أنهـا تعـين المريض على التغلب على مقاومة الأنا بقبول التجارب والخبرات المكبوتة ويؤكـد (فرويد) أن مهمة المحلل النفسي تأتي عن طريق أعطاء المريض البصـيرة الكافيـة والخبرة العملية التي يكتسـبها أثنـاء التحليـل والعـلاج التحليـل النفسي عنـد الفرويدين الجدد.

رفض بعض المحللين النفسـين المفـاهيم التحليليـة التـي قـدمها فرويـد مثـل التركيز على الغريزة الجنسية وتفسيره لنشأة العصاب واتجه كل من (ادلـر وسـولفيان وأيرك فروم) إلى التركيز على السياق الاجتماعـي والتـأثير الثقـافي في حيـاة الإفـراد ودافعهم للانجاز والعمل على أساس التكيف ومعها قدم كل منهـا أسـلوباً للعـلاج بناءاً على نظرته إلى بنية الشخصية الإنسانية حيث ينظر (ادلـر) إلى الشـعور بـالنقص على انه الدافع الحقيقي للبحث من الفرد عن التفـوق ويعـبر الـدافع لتحقيـق ذلـك باستمرار غريزي وهذا الشعور بـالنقص بـديلاً عـن مواقـف الصرـاع عنـد فرويـد ووجهه الفرد مستقبلية من خلال أسلوب الحياة لـذلك ينصـب العـلاج لديـه عـلى العلاقات الاجتماعية في سياق سوي يحقـق للفـرد التفـوق ولعـب الـدور المناسـب لقدراته وبذلك يحدث ما يطلق عليه التغذية الراجعة أو التغذية الرجعية الحيويـة أي نزداد ثقة بقدراته وأسلوب حياته ويعتبر دور المعالج مبدئياً ويتم تفسـير مشـكلات واضطرابات المريض من خلال الدور الاجتماعي وينشأ العصاب عند (هورني) مـن اضطراب صورة الذات المثالية التي يرسمها الفرد لذاته مع الذات الواقعيـة العقليـة

وأيضاً نأخذ صورة اضطراب مع الآخرين، وترى (هورني) أن التحليل النفسي هو زيادة استبصار المريض بمشكلاته وإمكانياته في علاقات مع الآخرين أي زيادة التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية للتخلص من الكمال المزيف، وان الهدف من العلاج هو القيام بتعديلات وتغيرات في نفس المريض ومساعدته على استرداد ذاته ليصبح عارفاً بمشاعره لرغباته واهوائه ويصبح لديه شعور بالانتماء نحو جماعته وبذلك يخفف صراعه ويشغي عصابه.

أما فروم يقدم حاجات أربع أساسية يحاول الفرد إشباعها لتحقيق التكيف النفسي وإذا فشل ظهر العصاب واهم تلك الحاجات هي الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي ثم الحاجة إلى الارتقاء والتسامي والحاجة إلى تحقيق الذات أو ما يطلق عليه الهوية والحاجة إلى انضباط وفقاً للمعايير الاجتماعية ويركز (سولفيان) على العلاقات بين الشخصية أي بين الشخص والأخر، ويقوم العلاج النفسي عند (سولفيان) في البحث عن نوعية العلاقات بين الشخصية لدى الفرد وهل تسبب للمريض إحباط ومعاناة أم إشباع ورضا وارتياح، والخبرات المتراكمة حول هذه العلاقات هي التي تحدد الأساليب السلوكية التي يطلق عليها الذات ويحاول المعالج إيجاد مهارات تساعد المريض على أقامة علاقات بين الشخصية ليجعلها سوية ومتزنة.

2) النظرة السلوكية في العلاج النفسي

ابرز منظريها (واطسن، ثورندايك، بافلوف، سكنر). أن المبدأ الأساس الذي يقوم عليه أسلوب العلاج السلوكي هو أن ينظر إلى السلوك الشاذ والسوي أنهما يخضعان لنفس القوانين التعلم، أي إن السلوك الشاذ مثلما يتم تعلم السلوك السوي وفي هذه النظرية يتم التوجه إلى السلوك مباشرة ومعالجته بقوانين التعلم ويعتبرونه

وسيلة المضمونة لتغير السلوك، والسلوكيون اعتمدوا على علم النفس التجريبي واستفادوا في البحوث التجريبية والعلاج السلوكي هو محاولة لدراسة وتغير السلوك بالاعتماد على الاكتشافات التي توصل لها علماء النفس التجريبيون في دراساتهم وتجاربهم.

لذلك يعتبر مفهوم العلاج السلوكي أشارة واضحة الى نوع من العلاج النفسي يستخدم فيه ويطبق قوانين وأفكار المدرسة السلوكية للمظاهر السلوكية المضطربة وتنوعت طرق وأساليب وفنيات العلاج السلوكي بتنوع توجهات علماء السلوكية التقليدين والمحدثين أي ابتداء من الشرطين إلى الإجرائين، وأصبح هناك ميادين في فنيات العلاج السلوكي منها:

1- اشتراط المضاد، يعني أعادة التعلم يقوم المعالج باستدعاء استجابة جديدة بحضور مثير محدد، مثلاً استجابة (س1) المثير محدد (م1) يتم التخلص منها باستدعاء سلوك مختلف (س2) بوجود ذلك المثير، مثلاً شخص له استجابة خوف (س1) في الأماكن المغلقة (م1) فأن المعالج السلوكي يحاول الشخص بان يشكل لديه رد فعل هادئ (س2) عندما يكون في مثل هذه المواقف أو طفل يخاف من الحيوانات يقدم له الطعام أو الايس الكريم عندما يكون في موقف خوف.

2- **إزالة التحسس المنظم:** يطلب المعالج من المريض أن يتخيل سلسلة متدرجة في مواقف المثيرة للقلق مثلاً وهو في حالة استرخاء تام، ويعمل هذا الاسترخاء على كف أي قلق يمكن أن يثيره مشهد في المشاهد التي يتخيلها المريض، وعبر جلسات متتابعة يتمكن المريض من تحمل المواقف المتدرجة في الصعبة من الأخف إلى الأشد.

3- **العلاج بالتنفير**: أسلوب يتم ربط الشيء أو الموضوع الذي ينجذب إليه الفرد أو يحبه أو يميل إليه بشيء أو موضوع أخر مقزز أوكريه أو مثير للألم ذلك الشخص الذي يدخن بكثرة وإمكانية حصول حالة في لديه كلما بدأ يدخن سيجارة أو كذلك الشخص المدمن على الكحول.

3) العلاج النفسي عند المدرسة المعرفية

يعتبر من التيارات العلاجية الحديثة والتي بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعبارته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على إيجاد طرق أكثر ملائمة للتفكير محلها من اجل أحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل. كما يعرفه (بيك) على مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر السلوك وهي المبادئ هي العمليات المعرفية (تفكير– تخيل– تذكر– أدراك).

ويشير (ميكنيوم) إلى عملية التعلم لايمكن أن تنحصر في مثير واستجابة يجب أن يتضمن الأفكار والمعتقدات والمشاعر إذا أردنا تغير سلوك فرد ما، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، كما أشار إلى ذلك كل من (دولارد وملير) على أن اللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيسي في عملية التعلم، ويرى الاتجاه المعرفي إلى أن هناك عوامل أخرى تلعب في عملية التعلم وهي (التفكير، الإدراك ،البناءات المعرفية، معرفة الفرد الداخلي لنفسه).

وهناك إجراءات علاجية في هذا المنظور

1) **اشراط أبدال القلق**: وهو اقتران المثير المنفرد مع تعبير الفرد وحديثه الداخلي مع نفسه.

2) **أسلوب تقليل الحساسية**: أي انه لايمكن الجمع بين استجابة القلق والاسترخاء في أن واحد وهذا الأسلوب مأخوذ من نظرية (ولبه).

3) **النمذجة**: طريقة يجعل فيها الفرد على معلومات وشخص الأنموذج ويحولها إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية والى حديث داخلي عنه ليعبر عنها بسلوك خارجي وهو التقليد.

4) **الاشراط المنفر**: مثلاً تعريض الطفل المقبول إلى لسعة كهربائية لتنفيره عن عملية التبول وعندها يقترن ويرتبط التبول بالعقاب وهو الصدمة الكهربائية.

وهناك أنواع من العلاجات النفسية المستخدمة منها:

1- **العلاج الاجتماعي**: ويدخل تحت العلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية ويدخل للمريض وتعديلها وتفسيرها أو ضبطها أو نقل المريض إلى بيئة اجتماعية أخرى بها لتحقيق التوافق النفسي السوي له.

2- **العلاج بالعمل**: وهو شغل وقت المريض والمساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل.

3- **العلاج باللعب**: يعبر عن الأساليب المهمة في علاج مشكلات الأطفال الغير أسوياء.

4- **العلاج النفسي الديني**: وهو أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم ويقوم على أساس معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه وللقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية وهدف هو تحرير المريض أو الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والآثم تحقق طمأنينة – النفسي إلى مشاعر الأمان والحب الإلهي.

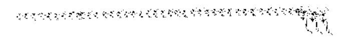
6- العلاج الطبي: أحداث تغيرات في بتنبيه الجهاز العصبي و وظائفه إما كيمياوياً أو جراحياً أو العلاج بالصدمة.

7- **العلاج بالتخدير**: أعطاء عقاقير مخدرة للمريض بكمية محددة تجعله بين اليقظة والمنام حتى يتمكن المريض من الإفصاح عما موجود في عقله الباطن.

8- **العلاج بالفن**: وتضمن العلاج بالموسيقى والرسم والتمثيل، وهناك علاجات كثيرة منها العلاج بالكتابة أو العلاج بالمشورة الأسرية أو العلاج بالمواجهة والى أخره من العلاجات النفسية والتي منها العلاج بالرياضة والسباق.

الفصل الثامن

الضغوط النفسية



الفصل الثامن

الضغوط النفسية

أن حياة الإنسان مليئة بالصعوبات والعقبات المادية والاجتماعية التي تعيق إشباع حاجاته المختلفة مما يترتب والضيق والقلق، وكما يرى عالم الغدد الصم (هانز سيلي) فان هذه الصعوبات والتي يدعوها بالضغوط **(Stresser)** تمثل نكهة الحياة وان الحرية الكاملة منها تأتي بعد الموت فقد وتجدر الإشارة إلى أن كلمة الضغط مشتقة من اللاتينية وقد شاع استخدمها في القرن السابع عشر لتشير إلى الشدة والتوتر والمحنة والحزن والألم وقد كانت بدايات المصطلح في موضوعات الفيزياء والهندسة حيث كان مستعملاً من قبل كل من **(Boyle)** استقصاء خصائص الغازات و**(Hooke)** مرونة النوابض ففي الفيزياء يشير مصطلح إلى تولد قوة داخلية ضمن الجسم الصلب بفعل قوة خارجية تميل إلى تشويه الجسم ويدعى هذا التشويه بالإجهاد **(Strain)**، أما القوة التي تحدث التشويه فتدعى بالعبء **(Load)** أما في المجال البيولوجي فقد استخدام المصطلح من قبل عالم الغدد الصم (هانز سيلي) الذي يعد (الأب للضغوط) إذ مضى على كتابة مقالته الأولى عن الموضوع أكثر من 400 عام ويعرف سيلي الضغوط بأنها استجابة غير محدودة للجسم لأي متطلب يقع عليه.

يميز (سيلي) بين نمطين من الضغوط

1- الضغوط المفرطة **(Overstress)** والتي تسبب الأسى **(Distress)** ومثال ذلك الخبرات والأحداث غير السارة.

2- الضغوط المفرحة (**Eustress**) والتي تتمثل بالحالات الانفعالية السارة كالشعور والابتهاج والمتعة.

ويرى (سيلي) عندما يتعرض الفرد إلى موقف ضاغط فإنه يمر بثلاث مراحل هي:

1. المرحلة الحادة: وتسمى أيضاً بـ(رد الفعل الانزاري) وقد ميز بين طورين في هذه المرحلة وهما:

- طور الصدمة (**Shok phase**): ويتميز بهبوط مقاومة الجسم للضغوط وتتضمن الآثار الذاتية وإفراز بعض الهرمونات هرمون الـ (**ACTH**) وهو (ادرينوكورتيكوتروفيك هرمون) وهو تفرزه الغدة النخامية ويكون مسئولاً عن تنظيم إفرازات الغدة الادرينالية والابنفرين والتورابنفرين وإذا كان الضغط الشديد بل مستمراً فإنه سيدخل الطور الثاني.
- طور الصدمة المضادة: في هذا الطور تظهر أعراض لضغوط بسبب استمرار إفراز (**ATCH**) والكورتيزون وتتضمن تضخم الغدة الادرينالية وتقلص وتقرح الغدد المقاومة للضغوط وبشكل اكبر من الطبيعي كما أن دفاعات موضوعية محدودة تكون مهيأة.

2. في هذه المرحلة تختفي أعراض الضغوط وذلك لان استجابات التكيف الموضوعية تنشط لتنزيل أو تقضي هذه الأعراض ومع ذلك فإن استمرار الآثار لفترة طويلة تؤدي إلى كبح استجابات التكيف الموضوعية وتعطيلها وعندئذ يدخل الفرد بالمرحلة الأخيرة وهي مرحلة الإنهاك.

3. مرحلة الإنهاك: في هذه المرحلة تنشط مرة أخرى الغدة النخامية والادرينالية ويرتفع مستوى الكورتيزون وتظهر مرة أخرى أعراض الضغوط وتبقى ردود

الفعل مستمرة لفترة ولكن تقل المقاومة للضغوط تدريجياً، وإذا استمر الضغط ولم يستطيع الفرد السيطرة عليه عندئذ فإن ذلك يؤدي إلى.

ومن المفاهيم أو المصطلحات المرافقة لمصطلح الضغط هي (الأزمة **Crisis**) والتي تمثل حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع الفطرية المكتسبة وبالرغم من صعوبة التميز بين المصطلحين إلا انه من خلال ما تم عرضه عن مفهوم الضغط يمكننا ان نميز بين مفهومين في أن مفهوم الضغط أكثر شمولاً عن مفهوم الأزمة لأنها لا تتضمن سوى الجانب المؤلم أو المحزن أو المبغض بينما يتضمن مفهوم الضغط النفسي إلى جانب ذلك المواقف المفرحة أو السارة والتي يدعوها (سيلي) وفيما عدا ذلك فإن كلا المفهومين يتمثلان في الأسباب والأعراض المرافقة للموقف أو المشكلة.

أسباب الأزمة النفسية

قد تحدث الأزمات النفسية نتيجة لحالات الصراع المختلفة التي يواجهها الفرد حالات الصراع تلك هي:

1. صراع الإقدام

ويحدث عند وجود أمام موقفين او هدفين كلاهما مرغوب فيه ولكن يتحتم عليه اختيار احدهما وترك الأخر ومثال ذلك الفرد يتحتم عليه اختيار احد مهنتين ومثال وكلاهما يتمتعان بنفس الدرجة من المرغوبيبة بالنسبة لهم.

2. صراع الأحجام

وسببه وجود الفرد أمام موقفين أو هدفين كلاهما غير مرغوب فيه وعليه أن يختار احدهما ومثال ذلك الجندي الذي يجد نفسه في المعركة بين دافعين هما على حياته

وخوفه من الموت وبين خوفه من المحكمة العسكرية والعار الذي يلحق به إذا هرب من المعركة وكذلك الرجل الذي عليه إما أن يختار مهنة لا يرغب فيها يبقى دون هرب.

3. صراع الأقدام والأحجام

ويحدث عند وجود الشخص أمام موقفين يريد تحقيق احدهما ولكن الموقف الآخر يمنعه من تحقيقها ذلك كحالة الطالب الذي يريد النجاح بتفوق ولكنه يود المحافظة على صحته، وكذلك الرغبة في الزواج والخوف من المسؤولية.

تجدر الإشارة إلى أن حالات الصراع قد تكون شعورية أي يفطن الفرد إلى أسبابها أو لاشعورية لا فطن الفرد إلى أسبابها وهذه تكون خطرة وهي التي تقف وراء حالات الاضطراب النفسي- (وان الأزمات النفسية مصادر متعددة يمكن تحديدها بالمواقف الآتية).

1- المواقف التي تحقيق الفرد لذاته أو تلك التي تمس كرامته واحترامه لذاته.

2- الشعور بالخوف من فقدان مركز اجتماعي أو عند فقدانه بالفعل.

3- المواقف التي تثبت للفرد مشاعر مناقضة لما كان يعتقد عن شخصيته.

4- حين يريد اتخاذ قرار بإمكانه اتخاذه ولكنه يعجز عن ذلك.

5- حين يبتلى برئيس مستبد أو يعاقب عقاب لا يستحقه أو حين يرى الغير يكافئون دون استحقاق.

6- حين يشعر بوجود فارق كبير بين طموحاته وإمكانياته الحقيقية.

7- حين يشعر بأن مقدار ما يمتلك هو اقل بكثير من استحقاقه.

الطرق السليمة لحل الأزمات

يختلف سلوك الأفراد إزاء الأزمات التي تعرضون لها ففي الوقت الذي يفقد فيه البعض توازنه واستقراره إزاء تلك الأزمات نجد البعض الأخر يتمكن من حلها وتجاوزها وهذا يمكن أن يتحقق فيهما إلى تم أتباع الطرق الصحيحة في التعامل معها والتي تتطلب ما يأتي:

1- المحافظة على حالة الهدوء والاستقرار النفسي عند مواجهة الأزمة أو المشكلة.

2- النظر إليها نظرة فاحصة تحليلية للتعرف على مختلف جوانبها وتقدير أهمية كل جانب ودوره في المشكلة أو الأزمة.

3- أن يأخذ الفرد بعين الاعتبار ما يتمتع به من قدرات حقيقية دون ان يحاول خداع نفسه سواء بالقليل من قدراته الحقيقية أو بتضخيمها.

4- عندما يجد الفرد صعوبة في اتخاذ القرار لنقص في المعلومات او المهارات المطلوبة لحل الأزمة فعلية تأجيل الحل وعدم التسرع حتى تتكامل المعلومات او المهارات اللازمة كلها.

5- عندما يجد الفرد نفسه أمام بضعة حلوا اللازمة فعلية أن يختار من بينها ما يحقق الإشباع لحاجاته أو أهدافه دون إلحاق الضرر بالغير يعني أن ترضي الحلول دوافع الفرد وفي ذات الوقت لا تتنافى مع معايير المجتمع وتقاليده.

التوتر النفسي

وهو حالة انفعالية بيولوجية عقلية ناجمة عن عدم إشباع الحاجات أو تحقيق الأهداف أو من حدوث صراع داخلي بين أكثر من دافع أو من أدراك الفرد بأن ما

مطلوب منه لا يتناسب مع قدراته وبصحبه عدد من المظاهر النفسية والبيولوجية والعقلية يرافقها تأهب واستعداد من جانب المرء لتغيير سلوكه بغية التصدي لعامل يتهدده في وضعيه حقيقية أو متخيله.

1- مظاهر الفسيولوجية تتمثل مظاهر التوتر النفسي في صراع الرأس وألام الرقبة والظهر والإمساك أو الإسهال وتهيج الأمعاء تكشير الوجه الضغط على الأسنان عدم الراحة للجسم ككل التعب لاعسر (سوء الهضم) زيادة العرق الم الرجلين واليدين برودة اليدين والقدمين سرعة حركات الرجلين انتظام التنفس ارتعاش اليدين فقدان الشهية الإفراط في الأكل.

2- وان الفرد عندما يكون تحت ضغط التوتر النفسي- بسبب اقتراب موعد الامتحان أو التحضير لإلقاء محاضرة أمام جمهور من الناس فإنه سيشعر زيادة في دقات القلب واحمرار الوجه وشد العضلات وتظهر آثار على الوجه بشكل التجاعيد وتعبيرات متوترة مما يجعل بشرة الفرد صافية وتزيد من عمره الحقيقي.

3- كما تظهر العادات السلوكية لدى الفرد التي تدل على التوتر المحصورة في جسمه أو ذهنه إذ يلجأ إلى هذه الحركة كلما توتر إلى أن تصبح عادة سلوكية يتصور أنها تحد من مظاهر سلوكه كالخلجات العصبية.

المظاهر النفسية

تكاد تجمع نتائج البحوث النفسية على ان للتوتر النفسي مظاهر آثار نفسية في الخوف والغضب والشعور بالاكتئاب وكذلك الشعور بالخجل والغيرة واضطراب النوم والعدوان وعدم وضوح مفهوم الذات وانتزاع الشعر (الرأس، الحاجب، الشارب) ومضغ الشفة وقضم الأظافر وسرعة حركات القدمين والخوف غير المبرر وكذلك ضعف الأنا وعدم الثقة بالنفس والرغبة في النعاس وان الفرد يعيشون تحت

درجة عالية من التوتر يعانون من مشكلات حقيقية وأنهم لذا لم يتمكنوا من التخلص من التوتر فإنهم يصبحون مكتئبين قهريين عدوانيين غير اجتماعيين مدمرين لذواتهم غير مستقرين.

المظاهر العقلية

تتمثل في اضطراب ذهني وضعف في الذاكرة والنسيان وتشتت الانتباه وضعف التركيز وظهور أفكار يصعب السيطرة عليها إضافة إلى اضطراب الأداء وضعفه وتقليل مقاومة الشخص على مواجهة مواقف الحياة بكفاءة وان التوتر يتسبب في اضطراب النشاط الذهني ويتولد عنه ميل إلى السلبية والهزيمة وان حاله الارتباط بيت التوتر الذهني والعضلي (فكل حالة انفعال وتوتر ذهني تؤثر على العضلات فيجعلها مشدودة أكثر وكل شد أو توتر يؤثر على التركيز الذهني).

ونتيجة لهذه العلاقة الترابطية بينهما يتمتع المرء بصحته النفسية الكاملة إذا عمد إلى كبت طاقته الذهنية ولم يطلقها كلها خلال نشاطه.

القلق Anxiety

تعريف القلق

القلق حالة من التحسس الذاتي يدركها المرء على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح، مع توقع وشيك لحدوث الضرر أو السوء. وهي حالة أشبه ما تكون في طبيعتها الشعورية وفي انفعالات الجسم المصاحبة لها بحالة الخوف، والفارق الوحيد بينهما أن للخوف مصدراً واضحاً معلوماً بالنسبة للخائف، بينما مصدر القلق غير واضح بالنسبة للذي يعانيه.

أن القلق يخدم إغراضاً مهمة في الحياة الإنسان فرداً أو عائلة أو مجتمع.

فتحسس الإنسان بشيء من القلق ضرورة لازمة، فهو يمكن الفرد من الانتباه للخطر قبل وقوعه فيبعده بمجابهته أو تفاديه. وهو يدفعه إلى الحرص على صحته باتقاء المرض والحرص على مستقبله بالعمل. ويصعب علينا أن نتصور عالمنا وهو خال تماماً من أي اثر للقلق. فلو أمكن ذلك لعاش الفرد ليومه، ولا يتقيد بمسؤولية أو طموح أو هدف.

أن القلق النفسي كحالة من عدم الارتياح المصحوبة بتوقع الخطر توجد في الناس على درجات والاختلافات بينهم في الدرجة لا في النوع.

وفي عملية زيادة القلق قد يصل الأمر إلى حد الذي لا يتمكن فيه الفرد من الاستفادة منه، فلا يقدر على توجيهه وجهة نافعة إنتاجية، وعندها يطغي القلق على توازنه النفسي ويؤثر في سلوكه وفي قابليته على تصريف حاجته النفسية بهدوء ومرونة (كمال، **1988**، **113**).

أنواع القلق

ويمكن تقسيم القلق إلى:

1. <u>القلق العادي (السوي):</u> وهو احد الوظائف المهمة للدماغ والتي تعمل على بقاء الإنسان وله وظيفة مهمة وهي تجنيد كل طاقات الإنسان الجسدية والعقلية لمواجهة للمواقف المثيرة للقلق وذلك عن طريق رفع التنبيه الذهني في المنطقة المادية البصرية والمحيطة بالدماغ (**Rycroff, 1978: p6**).

فالقلق في حد ذاته ظاهرة طبيعية وإحساس وشعور وتفاعل مقبول ومتوقع وتحت ظروف معينة وأحياناً ويكون للقلق وظائف حيوية تساعده على النشاط وكذلك على حفظ الحياة (عزت، **1986**، **3**).

2. القلق العصابي: خوف غامض غير مفهوم لايستطيع المرء المصاب به أن يعرف سببه الحقيقي حيث يأخذ هذا القلق يتربص الفرد كي يتعلق بأي فكرة أو أي شيء خارجي. أي انه يميل إلى الإسقاط على الأشياء من المحيط ويختلف القلق العصابي عن القلق الموضوعي في أن مصدر الأول داخلي وينبع هذا الخطر عن دوافع جنسية وعدوانية كبتت في الطفولة لان الطفل قد عوقب بشدة باستمرار عندما كان يعبر عنها (ابراهيم، 1982، 16).
3. القلق الخلقي: ويكمن مصدر القلق في داخل الفرد وهو الأنا الأعلى أو الضمير الخلقي الذي تمثله القوانين والأعراف الاجتماعية والمثل الأخلاقية.

تفسير القلق عند بعض علماء النفس:

1- النظرية التحليلية:

يقسم (فرويد) القلق إلى نوعين من القلق هما القلق الموضوعي والقلق العصابي. أما (أوترانك) يفسر القلق على أساس الصدمة الأولى (صدمة الميلاد) فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير القلق الأولي. ثم يعقبه قلق الفطام وقلق المدرسة وقلق الزواج.

أما (يونج) فيرجع القلق إلى رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي.

أما (آدلر) فقد فسر القلق إلى انه عدم مقدرة الفرد على التخلص من الشعور بالنقص، وعن طريق تقوية الترابط بين الفرد والآخرين يستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق.

أما (سولفيان) فيرجع القلق إلى المعاناة من عدم الاستحسان في العلاقات

الشخصية ويرجع (فروم) نشوء القلق إلى الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال.

أما (هورني) فترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.

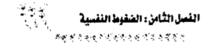
2- تفسير القلق من خلال النظرية السلوكية:

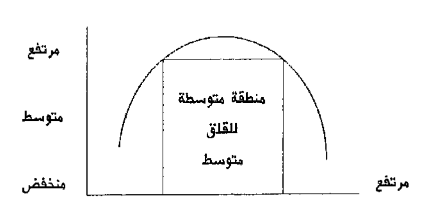
قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من (المثير- الاستجابة) ، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق مادام أننا نخبره كخبرة غير سارة وأي خفض للقلق إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق باعتباره يمدنا بأدلة تستثير آليات متعددة للتوافق. ويرى السلوكيون (بافلوف، واطسون) أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافزاً ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز وذلك عن طريق خفض القلق (عثمان، **2001**، **24**).

أن القلق بناء وهدام في الوقت نفسه فالقلق البسيط يمكن أن يغير الإنسان ويبعده عن الخطر أما القلق الشامل والكلي فانه يؤدي إلى اضطراب كامل في الشخصية ويجعل الشخص عاجزاً عن التفكير السليم أو القيام بأي عمل عقلي.

3- ويمكن اعتبار القلق من الدوافع المهمة التي تساعد على الانجاز والنجاح والتفوق،

إذا كان هذا القلق في مستوى متوسط، أما في مستويات القلق الواطئة والعالية يحدث تدهور في الأداء فإن مستويات القلق العالية تؤدي الى التشتت في الانتباه وقلة التركيز بينهما تؤدي درجات القلق المنخفضة إلى تدهور في الأداء بسبب التكاسل وفقدان الدوافع للانجاز. كما موضح بالشكل الأتي: (عثمان، **2001**: **27**).





يتضح من تحليل القلق انه يتكون من نوعين احدهما سوي والأخر مرضي أو القلق الايجابي والقلق السلبي، فالأول يساعد على البناء والانجاز والنجاح إما الأخر فانه يؤدي إلى الفشل والتوتر وسوء التكيف، والقلق الأول عبارة عن قلق (الحالة) والثاني (قلق السمة) (عثمان، **2001**، **28**).

أن القلق الداخلي المنشأ ينتشر من عمر 9 سنوات ويصل إلى ذروته من 20 – 26 سنة، أما القلق الخارجي المنشأ فيتأثر به جميع الأعمار ولكن أكثر الفئات تأثراً بهذا القلق هم الإفراد في مرحلة المراهقة.

قلق الاتصال Communication Anxiety

يشير مفهوم الاتصال إلى العملية أو الطريقة التي تنتقل بها الأفكار والمعلومات بين الناس داخل نسق اجتماعي معين يختلف من حيث الحجم ومن حيث محتوى العلاقات المتضمنة فيه (عودة، **1989**، **5**).

أن وجود تشويش أو ضوضاء نتيجة لعوامل معنوية أو نفسية أو ميكانيكية يجعل الرسالة متضمنة تحريفات وخطاء معينة مما يؤكد وجود اضطراب وعدم تأكد (عودة، **1989**، **11**).

أن الشخص العادي قد يخامره الشعور حينما يسقط خطاباً هاماً في صندوق البريد وتراوده عديدة مثل هل يصل إلى الشخص المقصود ؟ وهل يفهمه هذا الشخص كما يقصد الكاتب ؟ هل يستجيب كما يود الكاتب أن يستجيب؟ وغير ذلك من الأسئلة، والمخاوف التي تولد ذلك الشعور الممزوج بالضعف والخوف والقلق (عودة، **1989**، **15**).

يعد الخوف من الاتصال الاجتماعي أمراً طبيعياً يتعرض له كل إنسان عند مواجهة الجمهور للمرة الأولى في مناسبات اجتماعية مختلفة وهو مفيد ومطلوب لأنه يجعل الفرد أكثر حساسية اجتماعية ودقة في اكتشاف الأخطاء ولكن الأمر غير الطبيعي حين يعج الخوف من الاتصال الاجتماعي طبيعياً يتعرض له كل إنسان لأنه يجعل الفرد أكثر حساسية اجتماعية ودقة في اكتشاف الأخطاء ولكن الأمر غير طبيعي حين يصبح الخوف من الاتصال الاجتماعي سمة من سمات الشخصية للفرد. وهنا تصبح مشكلة اجتماعية ونفسية تؤثر على حياة الفرد العلمية والعملية والإنتاجية والاجتماعية ويجعله سلبياً وأكثر تجنباً للمشاركة في المواقف والمناسبات الاجتماعية ويمنعه من تطوير وتحسين مهارات الاتصال لديه وأكثر تجنب للمشاركة في المواقف والمناسبات الاجتماعية ويمنعه من تطور وتحسين مهارات الاتصال لديه (الزبيدي، **2008**، **1**).

أن أسباب الخوف من الاتصال الاجتماعي تعود إلى أساليب التربية الخاطئة في مرحلة الطفولة وعدم احترام شخصية الطفل إلى حد ما، واستخدام القوة والشدة والتوبيخ والنقد المستمر وأشعاره دائماً بالفشل والخيبة والضعف والاستهزاء به، كل ذلك يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس والارتباك والخجل مما يجعله يتهرب من المواقف الاجتماعية والبيئية والتي تفوق قدرة الفرد على مواجهتها (الزبيدي، **2008**، **15**).

يعد الخوف من الاتصال الاجتماعي كونه واحداً من المفاهيم النفسية والاجتماعية التي ذكرت ضمناً مع مفهوم القلق الاجتماعي والخوف الاجتماعي.

لذا فان الخوف من الاتصال الاجتماعي البسيط يعد أمراً فطرياً وطبيعياً موجود لدى البشر جميعاً وهو يؤثر سلبياً أو ايجابياً على الشخصية في المواقف الأكاديمية والمعرفية والشخصية والاجتماعية.

وقد يكون الخوف من الاتصال على انه سمة في الشخصية أو على انه حالة يتعرض لها الفرد في مواقف اتصالي معين مثل حديث خاص لمجموعة من الغرباء أو مقابلة شخص مهم لطلب عمل جديد (الزبيدي، **2008**، **7**).

أن الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد الفطري للخوف الاجتماعي، وان ما يحصل في بيئة الطفل يكون له تأثير على هذه الاستعدادات والميول التي يحملها وتصبح جزء من حياته المستقبلية (الزبيدي، **2008**، **8**).

ويرى (آدلر) أن النقص العضوي وأساليب الرفض والإهمال والتدليل في المعاملة الوالدية يؤدي إلى شخصية غير سوية وتنمي لدى الطفل مشاعر النقص والقلق وعدم الثقة بالنفس والفشل في إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مما يجعل من الشخص دائم التوتر ويخشى مواجهة الآخرين أو الاتصال بهم (**Rvctman, 1978: p93**).

مكونات الخوف من الاتصال:

1- الخوف من مواجهة الجمهور: وهو ضعف قدرة الفرد على إبداء سلوكيات اجتماعية مناسبة أمام جمع من الناس ويتضمن الخوف من التقييم والتخوف من الرفض وله أسباب منها (البروز ومواجهة الجمهور، الجدة، خصائص الجمهور).

2- **الخجل**: وهو ميل الفرد لتجنب الاختلاط مع الآخرين وتجنب الاتصال البصري مع الآخرين (الزبيدي، **2008**، **31**).

3- **الارتباك**: وهو حالة من التردد تنتاب الفرد عندما يتعرض إلى موقف إجتماعي جديد تصاحبها مظاهر فسيولوجية ونفسية (الزبيدي، **2008**، **32**).

4- **ضعف الثقة بالنفس**: وهي ميل سلبي نحو ذاته وكفايته النفسية الاجتماعية وشعوره بعدم قدرته على تحقيق حاجاته وحل مشكلاته مما يدفعه إلى الأحجام عن المواقف والتحديات الجديدة (الزبيدي، **2008**، **33**).

القلق من التفاوض

يعتبر القلق من التفاوض احد أنواع القلق التي يمكن أن يتعرض له الإفراد في أثناء خوضهم لعملية التفاوض، فالإفراد الذين تكون لديهم القدرة على تقديم وجهات نظرهم إلى المفاوضين الآخرين أثناء سير العملية التفاوضية يستطيعوا وبثقة عالية أن ينافسوا حجج المفاوضين الآخرين بحيث تكون لديهم الكفاءة المناسبة للسيطرة على العملية التفاوضية وعلى التحكم بوقت هذه العملية حيث يعتبر الوقت عنصر ضغط أثناء سير العملية التفاوضية خاصة للأفراد الذين يكونون مشدودي الأعصاب في أثناء سير هذه العملية ومثل هؤلاء الأفراد غالباً ما يتولد لديهم أحساس بالتشاؤم عند دخولهم عملية التفاوض خشية الفشل (عثمان، **2001**، **89**). ويعد القلق التفاوض من المفاهيم الحديثة نسبياً التي تنشأ وتتولد عند الفرد أثناء التفاوض مع خصوم وأصدقاء، ولهذا يمكن اعتباره جزءاً من القلق الموقف خارجي المنشأ والقلق الاجتماعي يحدث نتيجة الاتصال بين الفرد والآخرين.

وقد عرف عبد القادر، 1996 التفاوض (حل النزاعات والخلافات مع الآخرين عن طريق المناقشة والحوار، فعندما يختلف الإنسان مع شخص آخر يكون

أمامه ثلاث بدائل رئيسية هي السكوت والقبول بالأمر كما هو حتى لو كان في ذلك فقدان للحقوق أو التشاجر وهذا يقود إلى المزيد من الاختلاف والتباعد والعداء أو التواصل معاً إلى حل مقبول لدى الطرفين.

ويمكن أن يتصف صاحب القلق من التفاوض بالصفات التالية:

1- تستثيره المواقف التفاوضية بسهولة.

2- يصبح عصبياً في حالة مواجهته مواقف غير متوقعة أثناء التفاوض.

3- يكون مشدود الأعصاب عندما توجه إليه أسئلة أثناء سير التفاوض.

4- يتولد لديه إحساس بالتشاؤم عند فشل العملية التفاوضية.

5- اعتباره للوقت عنصراً ضاغطاً أثناء سير المفاوضات (عثمان، **2001**، **89**).

يرى باس (**Bass 1980**) أن القلق الاجتماعي هو الانزعاج من حضور الآخرين ويعني أن يكون الفرد متضايقاً من ملاحظات وتعليقات ومراقبة الآخرين أو أن يكون متضايقاً حتى من وجود الآخرين والتحدث إليهم والتضايق من إقامة العلاقات الاجتماعية وتجنب المواقف الاجتماعية (هاتف، **2008**، **35**).

ويعرف القلق الاجتماعي: حالة يشعر بها الفرد بعدم الارتياح والضيق والتوتر في المواقف التفاعل الاجتماعي غير المتوقعة (الطارئة) تتسم بالانسحاب وتجنب الفرد للمواقف الاجتماعية وتظهر بشكل الشعور المتدني لتقدير الذات وقلق الجمهور والارتباك والخجل وقلق التفاعل.

أن القلق ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان ويتميز بها دون سائر المخلوقات الحية فهو مرافق لحرية الإنسان واضطراره لاختيار مسالك لا تتفق ورغباته رضوخاً لمطالب المجتمع أو لعدم القدرة على تحقيق رغباته التي تعيقها معوقات كبيرة تزداد مع ضغوط الحياة الحديثة ومطالب العيش (هاتف، **2008**، **38**).

المظاهر السلوكية لقلق التفاعل

يعبر الشخص عن القلق أثناء وجوده مع الآخرين في المواقف الاجتماعية بسلوكيات تتمثل بتجنب المواقف الاجتماعية، الخوف من التحدث أمام الآخرين أو عدم الكلام بحضورهم، والابتعاد عن استئناف حديث في مجلس اجتماعي، التوتر في الحديث مع الآخرين لاسيما الجنس الآخر وتجنب التعارف مع ناس جدد وعدم التعرف بجرأة وثقة وصعوبة في البدء بالمحادثات والاستمرار بها وتجنب حضور المناسبات الاجتماعية بسبب القلق والتوتر عند الشرع بمثل هذه النشاطات (علي، 2008، 43).



الفصل التاسع

الغدد الصماء (الهرمونات) الصحة النفسية

الفصل التاسع

الغدد الصماء (الهرمونات) والصحة النفسية

مقدمة

كان الاعتقاد السائد منذ أقدم العصور أن الأعضاء المختلفة مواد حيوية لها مفعول سحري في شفاء الأعضاء الماثلة لها.

فمثلاً كبد الثعلب يجدد أنسجة الكبد، ومخ الأرنب يشفي الأعصاب ورئة الثعلب علاج لأمراض من الرئة، وأعضاء الجنس تعبث الحيوية والنشاط الجسم وتعيد نضرة الشباب.

ثم انتقل الاهتمام من الملاحظة والتخمين إلى العلم والبحث على أيدي علماء التشريح– في عصر النهضة– الذين درسوا هذه الغدة ورسموها بأيديهم وكانت جثث المجرمين المحكوم عليهم بالإعدام هي التي تشرح– أن ذاك وأمام القضاء والعلماء، والفنانين.

أما أول من لاحظ أمراض الغدة فهو الطبيب الانجليزي (كاليب باري) 1786. إذ رأى بروزاً في عيني مريض (الجواتر الجحوظ) أما (ادبسون) الطبيب الانجليزي، فقد وصف المرض الذي سمي فيما بعد باسمه وذلك في 1855 وذكر جميع أعراضه.

تعريف الهرمون

الهرمونات مركبات كيميائية غدة خاصة تدعى (الغدد الصماء) وهي ذات

تأثير كبير على أعضاء مختلفة بالجسم بسبب إفرازها المباشر في الدم. علاقة الغدد الصماء بالجسم ثلاثة أنواع من الغدد هي:

1- **الغدد القنوية**: وهي الغدد التي تفرز إفرازاتها عن طريق قنوات فتجمع موادها من الدم ثم تصب إفرازاتها عند قنوات من تجاويف الجسم، مثل الإنزيمات الهاضمة، والغدد العرقية الموجودة على سطح الجسم.

2- **الغدد اللاقنوية**: وهي التي ليس لها قنوات، لذا تسمى بالغدد الصماء، وهي تجمع موادها من الدم وتضيف إليها إفرازها وتحويلها إلى مادة كيميائية تصبها من الدم مباشرة وتسمى هذه الإفرازات (هرمونات).

3- **الغدد المركبة**: هي الغدد التي لها افراز داخلي وخارجي مثل البنكرياس فالجزء الأصم منه يفرز هرمون الانسولين والجلوكاجوث والجزء غير الأصم (القنوي) العصار البنكرياسية التي تساعد على هضم الطعام.

إفرازات الغدد الصماء هي التي لها أهمية كبيرة في تشكيل سلوك الإنسان وتحديد نصيبه من الصحة النفسية وهذه الغدد هي:

أنواع الغدد

الغدة النخامية:

توجد هذه الغدة عند قاع المخ في احد التجاويف العظمية في الجمجمة وتتكون من فص أمامي وفص خلفي وكل فص له إفرازاته الخاصة. ويهمنا بصفة خاصة احد إفرازات الفص الأمامي وهو هرمون (النمو) ولان أي خلل في إفرازات هذا النمو بالزيادة أو بالنقصان يؤثر تأثيراً كبيراً على نمو الجسم. فإذا حدثت الزيادة في مرحلة الطفولة تؤدي إلى العملقة حيث يصل طول الشخص أكثر من تمرين. وإذا

بعد المراهقة أي بعد توقف العظام تظهر انحرافات على شكل زيادة في حجم الإذنين والأنف واليدين والقدمين وهو مرض يطلق عليه (الاكروميجالي).

أما النقص فيؤدي إلى (القزامة). بحيث يقف نمو العظام في وقت مبكر ولايصل الفرد إلى أكثر من 100 سم. كما يؤدي إلى زيادة في الوزن وأضعاف القوى العقلية والقدرة الجنسية.

أمراض الغدة النخامية:

يؤدي حدوث ورم بالغدة النخامية إلى ظهور الأعراض التالية:

1- صداع على جانبي الرأس.

2- ضمور في العصبين البصريين. وكلما ازداد الورم نقصت حدة الإبصار (الرؤية) الى ان يصاب المريض بالعمى.

3- كثرة النوم والسمنة والتبول.

الأعراض الناجمة عن خلل في إفراز هرمونات الغدة النخامية:

1- أعراض زيادة إفراز الغدة النخامية.

- إذا كانت الزيادة قبل سن البلوغ. صار الشخص عملاقاً وذلك لكثرة إفراز هرمون النمو.

- إذا كانت الزيادة بعد سن البلوغ. يصير الإنسان بديناً مع كبر وتضخم في العظام والعضلات والجه.

2- أعراض نقص إفراز الغدة النخامية:

- إذا كان النقص في إفراز هرمون النمو قبل البلوغ. فان الأطفال يصيرون أقزاماً.

- وان كان النقص في إفراز الهرمونات المؤثرة على الغدد التناسلية فان نمو الأعضاء الجنسية يكون ضئيلاً.

أمام أذا حدث هذا النقص بعد البلوغ- وهذا ما يحدث غالباً في النساء بعد الولادة- فانه يسبب لديهم مرضاً يعرف باسم "مرض سيموند".

الغدد الدرقية:

تقع في أسفل الرقبة.وتتكون من فصين على جانبي القصبة الهوائية وظيفة هذه الغدة، تخزين مادة اليود افراز هرمون الثيروكسين وهذا الهرمون يؤثر تأثيراً كبيراً على عمليات الهدم والبناء الحيويين (الأيض).

أهمية الغدة الدرقية:

1- إذا حدثت زيادة في إفراز الهرمون تؤدي إلى زيادة عملتي الهدم والبناء مما ينهك الفرد وبالتالي يضعف القلب ويسرع التنفس ويتسم الفرد بدرجة عالية من التوتر والقلق ويسمى مرض (جريف).

2-أما إذا حث النقص قبل بلوغ فيؤدي إلى توقف نمو العظام في الطول والعرض وهو مرض (القصاع) الذي يتميز بالقصر وزيادة الوزن والتأخر العقلي. وتأخر المشي والكلام وهو يختلف عن التزامه لأنه في القزامة يوجد تناسب في حجم الإطراف ولايصاحبها تدهور بالوظائف العقلية.

3- أذا لم تنل الأم أثناء حملها قدراً كافياً من اليود يولد الطفل ولديه تضخم في الغدة الدرقية وتظهر على الطفل أعراض القصاع. أما أذا احتوى الطعام على اليود عادت الغدة إلى حجمها وإفرازات الهرمون بالكمية المطلوبة ولم تعد تسبب أي شذوذ.

التسمم الدرقي

أن زيادة إفراز هرمون (الثيروكسين) يؤدي إلى تضخم الغدة الرقية والذي يعرف (بالتسمم الدرقي) أو (التيروكسي كوزين)، ومن أعراضه:

1- جحوظ العينين.

2- تضخم بالغدة الدرقية، ويلاحظ ذلك أثناء البلع خاصة.

3- نقص في الوزن رغم تعاطي كميات وافرة من الأطعمة.

4- ظهور مرض الجواتر.

5- ازدياد ضربات القلب وعدم انتظامه وفي حالات متقدمة يحدث هبوط القلب مع اضطراب في الأعصاب، وشعور بالخوف والقلق.

6- قلة كمية الطمث واضطراب في الدورة الشهرية.

7- عدم تحمل الإجهاد الجسماني كما يشاهد في بعض الأحيان سكر بالبول (البول السكري).

خمول الغدة الدرقية

عند الأطفال: قد يبدأ المرض والجنين في رحم أمه، ثم يستمر بد الولادة ومن أعراضه:

1- توقف في النمو فيصير الطفل قزماً كما لاتنمو أطرافه بدرجة منسقة مع الجسم.

2- جفاف الجلد وقلة العرق.

3- كبر اللسان وخروجه من الفم وكذلك كبر الشفتين.

4- برودة الجسم (حتى في الحرارة العادية) مع تباطؤ في ضربات القلب

5- تبلد في الذهن.

الغدد الجار درقية

عبارة عن أربعة غدد صغيرة بيضاوية الشكل ملتصقة بالسطح الخلفي للغـدة الدرقية، لهذا فان إزالة هذه الغدد – كما يحصل أحياناً أثناء عمليات استئصال الغـدة الدرقية يسبب مرضاً يعرف بـ (التيتاني).

تفرز الغدة الجار درقية هرمون (الباراثورمون) الذي يبقى نسبة الكالسـيوم في الدم ثابتة.

أذا حصل تورم في الغدة الجار درقية نسبة الكالسيوم في الدم ترتفع وقد تصل في بعض الأحيان إلى عشرين (20) ميليغراما مما يجعل العظام هشة.

الغدتان الصنوبرية والتيموسية

تقع الغدة الصنوبرية وسط الرأس والتيموسية في التجويف الصدري ولـيس هناك معرفة عملية محددة للوظائف التي تؤديها هاتان الغدتان وإنما المؤكد أن إفرازها يعطل بلوغ الفرد، وأنهما يضمران عند حـدوث البلـوغ أي أن الفـرد يتـأخر نضـجه الجنسي ما لم تضمر هاتان الغدتان فـإذا حصـل نقـص في معـدل الإفـراز يـؤدي إلى تعجيل بلوغ الفرد جنسياً قبل الأوان، الوظيفية المعروفة لهاتان الغـدتان هـي تـأخير البلوغ إلى بداية مرحلة المراهقـة وبـذلك يحافظـان عـلى تـوازن الوظـائف الجسـمية والتنفسية للإنسان.

الغدة الكظرية

تقع فوق الكلى وتتكون من (لب ولحاء) ولكل منهما له إفراز خاص ووظيفـة خاصة اللب يفرز هرمون (الأدرينالين) يهيئ الفرد لمواجهة حالات الخطر والمواقف الصعبة التي يكتنفها انفعال شديد وهي حالات (للكر والفـر)، وإذا ظلـت مرتفعـة نسبة الأدرينالين من الدم أدى إلى حالات مرضية كثيرة.

أما (اللحاء) فانه يفرز (الكوتيزون) الذي يعالج به كثير من الأمراض لأنه يزيد من مناعة الجسم وأي زيادة أو نقصان من إفرازه يترك الفرد فريسة لعدد من الأمراض النفسية والجسمية، النقص يؤدي إلى الشلل والوفاة والنقص المفاجئ يؤدي إلى آثار خطيرة بالنسبة للقلب والزيادة يؤكد الصفات الذكرية عند الأنثى والذكر.

الغدة الجنسية

تعطي لكل من الرجل والمرأة الصفات الأولية والثانوية المميزة لكل جنس الصفات الأولية (أعضاء الجنسية) والثانوية (تميز كل جنس عن الأخر). أي خلل يؤدي إلى رفع الحدود والفواصل بين عالم الذكور والأنوثة ويجعل تقبل الفرد لنفسه وتقبل المجتمع له أمراً صعباً، ويكون له أسوء آثر على وصفه النفسي والاجتماعي.

الجهاز الغدي والسلوك اللاسوي

1- كل الغدد تعمل بدرجة عالية من التنسيق لان أي تأخير في غدة يؤدي إلى تعطيل بعض الغدد الأخرى لتعويض هذا النقص أذن لابد من وجود قائد لهذا النظام المحكم والقائد هو (الغدة النخامية) والتي تسمى بالغدة (القائد) أو (المايسترو) أو (سيدة الغدد).

2- هناك تعاون وثيق بين الجهاز (العصبي) و(الغدي) في سبيل تحقيق التوازن الداخلي للجسم وظيفتها ضبط وتنسيق الكثير من الأنشطة المختلفة لأعضاء الجسم والجهاز العصبي يؤخر الغدد بإفرازاتها (وهو ينظم علاقة الفرد بالعالم الخارجي) ولكن التأثير بين الجهازين متبادل وليس من اتجاه واحد فالجهاز العصبي يتأثر ببعض إفرازات الغدد مثل الكالسيوم الذي يضبط توازنه في الجسم الغدة الجار الدرقية.

3- الغـد الناخميـة حلقـة الوصـل بـين الجهـازين فـالفص الخلفـي لهـذه يـرتبط بالهيوتلاموس ويعتبر البعض هذا الفص مرتبط بالمخ أكثـر مـن ارتباطـه بالغـدة لان بناءه نسيجياً ليس غدياً تماماً، والهيوتلاموس هو الذي يتحكم في الكثير مـن الوظائف الجسمية والنفسية وهذه المنطقة (الفص الخلفي بـالهيبولاموس) هـي نقطة التقـاء التشـابهات العصـبية الصـادرة عـن الجهـاز العصـبي والإفـرازات الكيميائية الصادرة عن الجهاز الغدي.

وظيفة الجهاز الغدي وظيفتين أساسيتين هي:

أ- **الوظيفة التطورية**: تحفز قوى النمو الداخلية إلى السير قدماً في خـط النمـو السوي حتى يصل الفرد إلى مرحلة النضج وأي أعاقة لهذه الوظيفة يترتـب عليها تعطيل أو اضطراب قوى العقلية والوظائف النفسية.

ب- **الوظيفة التنظيمية** ضمان استمرار الإفراز يكفل قيام الغدد بمهامها كاملة وفي الوقت المناسب والغدة النخامية تقوم بالدور الرئيس في تنشيط عمليـة الايض وتجاوب الكائن للمؤثرات الخارجية.

4- بالغ العلماء في تقدير دور إفرازات الغدد الصماء في تشكيل السلوك واعتبروهـا المحدد الأول والأساسي وهذا يقلـل مـن دور المحـددات البيولوجيـة كالوراثـة والجهاز العصبي في مقابـل المحـددات الاجتماعيـة مـن أنتـاج السـلوك كـم أن المعلومات عن الهرمونات ووظائفها ليس كاملة وكل يوم يكتشف شـيئاً جديـداً وتقديم نظرية متكاملة عن دور الهرمونات في السلوك أمر غير متاح الآن.

5- تأثير إفرازات الغدد على السلوك لا يتم باتجاه واحد بمعنى تأثير الهرمـون عـلى السلوك يقابله تأثير السلوك في كمية الهرمون كما في الغـدة الدرقيـة التـي يـزداد

إفرازها في الحالة الانفصالية للفرد وزيادة الانفعال يؤدي الى زيادة حجم الغـدة وزيادة إفرازها.

6- بعض الغدد يرتبط مستوى إفرازها ارتباطاً وثيقاً بالحالة النفسية والعقلية للفرد مثل الغدة الكظرية، زيادة الإفراز يؤدي إلى عدة أمراض والنقص بالغدة الدرقية يؤدي إلى تدهور عقلي.

نستنتج أن فقط (الأعراض العصابية والذهنية) ترتبط بالاضطراب (الهرموني) لكن لم يتم تحديد أعراض معينة ترتبط بهرمون خاص، كما أن زيادة الهرمون يتيح أعراض مختلفة عند الأفراد المختلفين مما يوحي أن الهرمون يتفاعل مع عوامل أخرى ويعني أذا كان الاضطراب الغدي له دور بالاضطراب السلوكي فهذه نتيجة عامة ينقصها التحديد، وهذا مما دفع البعض إلى التصريح بأن التنوع في الصورة العقلية يضطرنا إلى أن نستبعد مسؤولية هذه الغدد عن شيء اللهم ألا التأثير السيكوباتولوجي العام.

تعقيب عن الغدد الصماء والصحة النفسية

الغدد: هي جسيمات صغيرة لها آثر فاعل في حياة الفرد بحيث ان عطل أحداهما قد يسبب الموت.

تقسم الغدد إلى نوعين حسب وظيفتهما وحسب شكلها

حسب الشكل تقسم إلى قسمين غدد صماء أي خالية من القنوات وغدد قنوية فيها قنوات وتقسم إلى ثلاثة أقسام حسب وظيفتها:

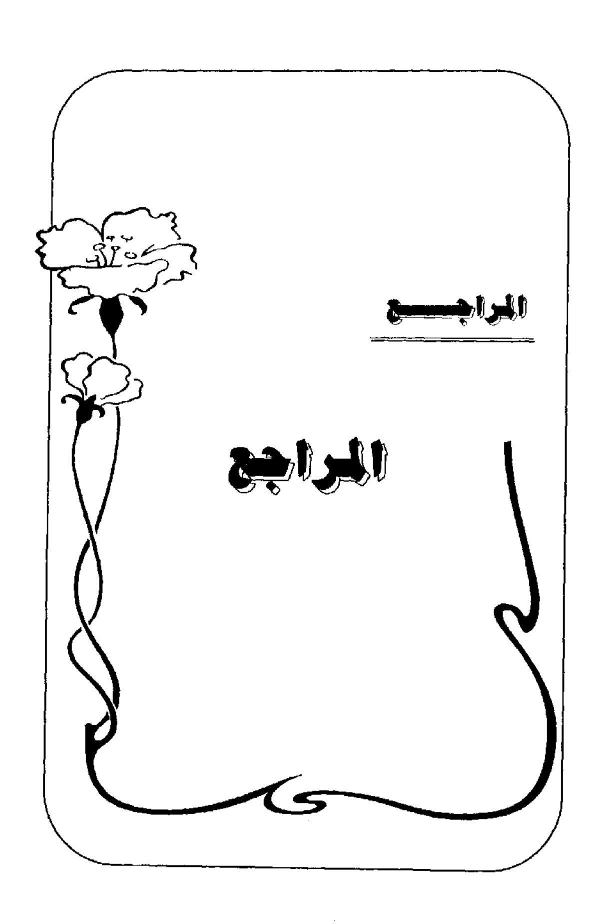
1- تفرز في الدم مباشرة.

2- تفرز خارج الجسم.

3- تفرز بالجسم.

الغدة النخامية (مايسترو الغدد) لأنها قائدة الغدد، توجد في تجويف عظمي أسفل المخ تتكون من ثلاثة فصوص الثالث (الهايبوثنمس).

الهايبوثنمس له علاقة بالصحة النفسية، وظيفته نقل الأوامر الصادرة من الغدة النخامية إلى كل إنحاء الجسم ويفعل العكس.فقط الغدة الكظرية (تفرز هرمون الأدرينالين) تعمل دون أوامر النخامية. أحياناً الهايبوثمنس يضلل البنكرياس تفرز عصارات في الحالة العصبية وتشنج المعدة مما يؤدي إلى الإفراز ويتسبب في القرحة الحالة النفسية والغذاء مهمان في أنتاج الحليب، الحالة النفسية غير المريحة يستبعد فيها أطعام الطفل للحليب.



المراجع

المراجع

أولاً: المصادر العربية

1. اباضـــة، أمال عبد السميع، 2005، الصحة النفسية والعـلاج النفسي، طنطـا مكتبة الانجلو مصرية، مصر.

2. إبراهـيم، عبد اللطيـف، 1982، اختبـار القلـق الحالـة – سـمة الأطفـال، دار المعارف، القاهرة.

3. إبراهـيم، عبد الستار، 1986، الإنسان وعلم النفس، سلسة عالم المعرفة.

4. الأمـــام، مصطفى محمود، وعبد الـرحمن، أنـور حسـين، والـداهري، صـالح حسين، 1991، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة بغداد.

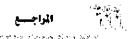
5. باترســون، س.هـ نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، بيروت.

6. بـــدوي، عبـد الـرحمن، 1945، المـوت والعبقريـة، مكتبـة النهضـة المصـرية، القاهرة.

7. بطــرس، حافظ، 2007، المشكلات النفسية وعلاجها، عمان.

_________، 2008، المشكلات النفسـية وعلاجهـا، ط1، دار المسـيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

8. الجبــوري، كاظم جبر، 2005، آثر العلاج السـلوكي المعـرفي في تعـديل البنـى المعرفية للمصابين بالاكتئاب، أطروحـة دكتـوراه غـير منشـورة، كليـة الآداب، الجامعة المستنصرية.



9. حـــامـد، عبد العزيز الفضي-، 1973، دراسـات في سـيكولوجية النمـو، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

10. الخـــالدي، أديـب، 2001، الصـحة النفسـية. ط1، الـدار العربيـة للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعية غريان، مدينة نصر، مصر.

11. الدبــاغ، فخري، 1982، مقدمة علم النفس، ط1، جامعة الموصل، الموصل.

12. ـــــــــــ، 1980، العلاج النفسي أنواعه وأساليبه ومدارسه، بغداد.

13. دافيــدوف، لندال، 1980، مدخل علم النفس. ط3.

14. داود، عزيز حنـا، وآخـرون، 1991، الشخصـية بـين السـواء والمـرض. ط1، مكتبة الانجلو المصرية.

15. رامــز، طه، أساليب العلاج النفسي الحديث، شبكة الانترنت.

16. راجـــح، احمد عزت، 1985، أصول علم النفس، عالم الكتب، مصر.

17. زهــران، حامد عبد السلام، 1978، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مطبعة العالم العربي، القاهرة.

18. ـــــــــــ، 1977، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، مصر.

19. الــزراد، فيصل محمـد، 1984، الأمـراض العاصـبية والذهانيـة، دار القلـم بيروت.

20. الزبيــدي، كامل علوان، 2004، دراسات في الصحة النفسية، جامعة بغداد.

21. الزبيــدي، رحـيم عبـد الله جـبر، 2008، الخـوف مـن الاتصـال الاجتماعـي وعلاقته بالشخصية المزاجية والتوجهات الدافعية لـدى طلبـة الجامعـة، رسـالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

22. سمـــعان، مكرم، 1964، مشكلة الانتحار، دار المعارف للكتب.

23. ســـرى، جلال محمد، 2000، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة.

24. شـــيفر، شالز، 1989، مشكلات الأطفـال والمراهقين وأسـاليب المسـاعدة فيها، ط1، الجامعة الأردنية و، عمان.

25. شـــلتز، دوان، 1983، نظريات الشخصية، ترجمة دلي الكربـولي، والقيسيـ عبد الرحمن.

26. شـــاهين، عمر، 2006، الإسلام والصحة النفسية، مصر.

27. الشـرقاوي، مصطفى خليـل، 1983، علـم الصـحة النفسـية، مركـز الكتـب الثقافية، بيروت.

28. الشـــاذلي، عبـد الحميـد محمـد، 2001، الصـحة النفسـية وسـيكولوجية الشخصية. ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

29. صـــالح، قاسم حسين، 1987، الشخصية بين التنظرين والقياس، بغداد.

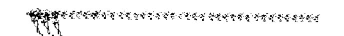
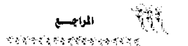
30. ـــــــــ، 2005، علـم نفـس الشـواذ والاضـطرابات القلبيـة والنفسـية، جامعة صلاح الدين.

31. عـــمر، ماهر، 2003، رؤية أسلامية للصحة النفسية، مجلة النفس المطمئنـة، العدد (75) الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.

30. عـــلي، أسماء صالح، 2008، القلق من التفاوض وعلاقته بالكفـاءة الذاتيـة لـدى طلبـة الجامعـة، رسـالة ماجسـتير غـير منشـورة، كليـة التربيـة، الجامعـة المستنصرية

32. عـــكاشة ،أحمد، 1967، الطب النفسي المعاصر، مصر.

33. عـــزت، ذرى حسن، 1986، الطب النفسي، ط3، الكويت، دار التعلم.

34. عـــدس، عبد الرحمن وتوق محـي الـدين، 1993، المدخل إلى علـم الـنفس، مركز الكتب الأردنية.

35. عثـــمان، فاروق السـيد، 2001، القلـق وإدارة الضـغوط النفسـية. ط1، دار الفكر العربي، الكتاب السادس، القاهرة.

36. عـــبد الله، معتز سعيد، 1999، الاتجاهات التعصـبية في تـراث علـم الـنفس، سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافـة والفنـون والآداب (137) الكويت.

37. عـــبد الله، محمد قاسم، 2007، مدخل إلى الصحة النفسـية. ط2، دار الفكـر، عمان الأردن.

37. عـبد الغفار، عبـد السـلام، 1976، مقدمـة في الصـحة النفسـية، دار النهضـة العربية، القاهرة.

39. عبد الخـالق، أحمد محمد ،1990، أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية.

40. عبد الأمـير، سـحر هـاتف، 2008، القلـق الاجتماعـي وعلاقتـه بالحساسـية المفرطة السلبية لدى طلبة الجامعة المستنصرية، رسـالة ماجسـتير غـير منشـورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

41. عـــايد، علي حسين، 2008، قلق العولمة وعلاقته بصـورة المسـتقبل والهويـة الدينية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد.

42. عـــاقل، فاخر، 1988، معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت.

43. العـــزة، وعبد الهـادي، سـعيد، جـودت عـزة، نظريـات الإرشـاد والعـلاج النفسي، 1999، عمان.

44. ـــــــــــــ، سعيد حسن، وعزت، عبد الهادي جودت، 1999، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

45. غروس، ومكلفين ربورت، 1998، مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، ترجمة ياسمين حداد وموفق الحمداني وفارس حلمي، 2002، دار وائل. ط1، الأردن.

46. فهمي، مصطفى، 1987، دراسات في سيكولوجية التكيف، دار مصر للطباعة.

47. فهمي، مصطفى، 1981، علم النفس الاكلينكي، دار مصر للطابعة.

48. فرويد، سيجموند، 1962، القلق، ترجمة عثمان نجاتي، مكتبة دار النهضة العربية، القاهرة.

49. فرانكل، فكتور، 1982، الإنسان يبحث عن معنى. ترجمة، طلعت منصور، دار القلم، الكويت.

50. فتحي، أماني، 2005، الإسلام والصحة النفسية

(http//www.tohaia.com).

51. القريطي، عبد المطلب أمين، 1998، في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.

52. القبانجي، أحمد، 2002، الإسلام والصحة النفسية، دار الكتاب الإسلامي، ط2. مطبعو السرور

53. كمال، علي، 1988، النفس انفعالاتها وإمراضها وعلاجها.ج2، الدار العربية.

54. كفافي، علاء الدين، 1990، الصحة النفسية.

55. موســـى، رشاد علي عبد العزيز، 2001، أساسيات الصحة النفسية والعــلاج النفسي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.

56. منصـــور، طلعت وآخرون، 1984، أسس علم النفس العام، مكتبة الانجلــو المصرية، القاهرة.

57. مرســـي، كـمال إبـراهيم، 1988، المـدخل إلى الصـحة النفسـية، دار القلــم، الكويت.

58. مخـيمر، صلاح، 1979، المدخل إلى الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرـية، القاهرة.

59. المنــذري، الأمام الحافظ زكي الدين، 1987، الترغيب والترهيب من الحديث الشريف، دار الحديث، المجلد 3، القاهرة.

60. هشبـــام، النـاصر، 1992، الغـدد الصـماء وإفرهـا في السـلوك، مجلـة الثقافـة النفسية، العدد(12)، دار النهضة العربية، بيروت.

61. الهـــابط، محمد السيد، 1995، التكيف والصحة النفسـية، المكتـب الجـامعي الحديث. ط3، الإسكندرية، مصر.

المصادر الأجنبية

61. Bruin, F, J, (1983): adjustment and personal growth, seven pathways cs. Ed Toronto, Canada Inc.

62. Hoffman, Lous, (2004) Existential: Theory: Key Figures in existential theory..

63. Popovic, Nasl, (2002) Existential Anxiety and existential joy

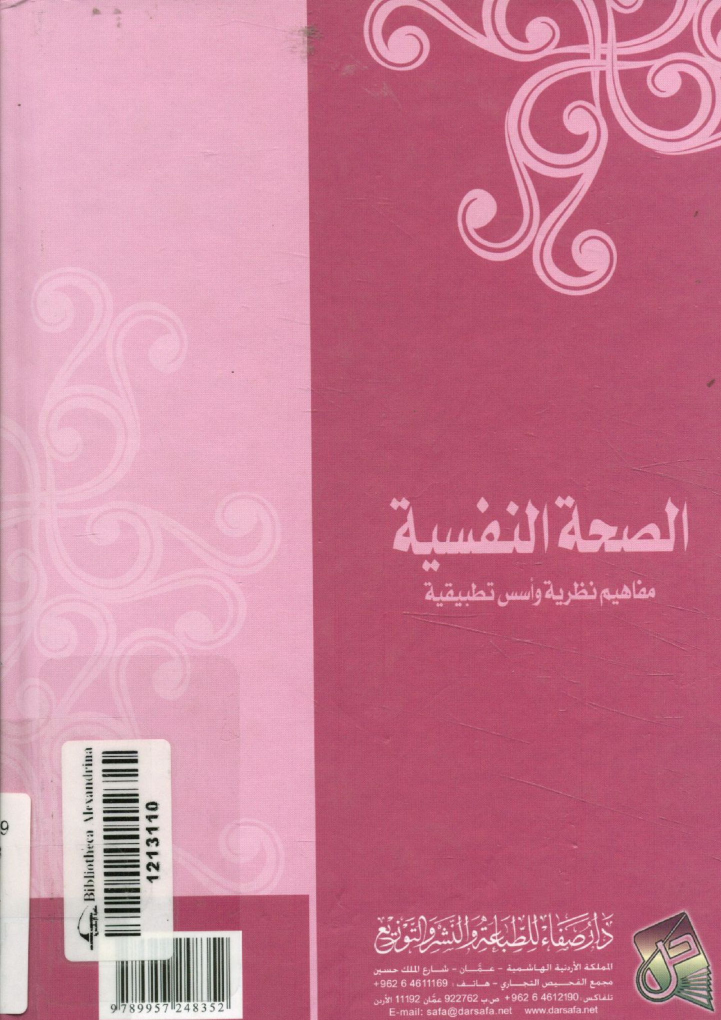
practical philosophy the journal of society for philosophy in practice 2002 vol 6.

64. Ryckman. Richard.M. Theories of personality. fifth ed (1993) weds worth, inc, Belmont, California.

65.Tjfal, H, Social Identity: y and Intergroup Behavior, soc.sci inf. (1974) 13 p.265-273.

66. Tajfal, H. forgas.j (1981): social categorization cognitive values and groups: forgas (ed) social conation perspectives on every day understanding.

67.Tajfal, H (ed) (1984): the social dimension cambridage combridge.


الصحة النفسية
مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية
دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع
المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان - شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري - هاتف : 4611169 6 962+
تلفاكس: 4612190 6 962+ ص.ب 922762 عمّان 11192 الأردن
E-mail: safa@darsafa.net www.darsafa.net
9789957248352
Bibliotheca Alexandrina
1213110